إضطرابات التأتأة

"رؤية تشخيصية علاجية"

الأستاذة الدكتورة

هالة ابراهيم الجروانى

أستاذ صحة الام والطفل

عميد كلية رياض الأطفال

جامعة الإسكندرية



دكتورة

رحاب محمود صديق

أستاذ مساعد الصحة النفسية

كلية رياض الأطفال

جامعة الإسكندرية

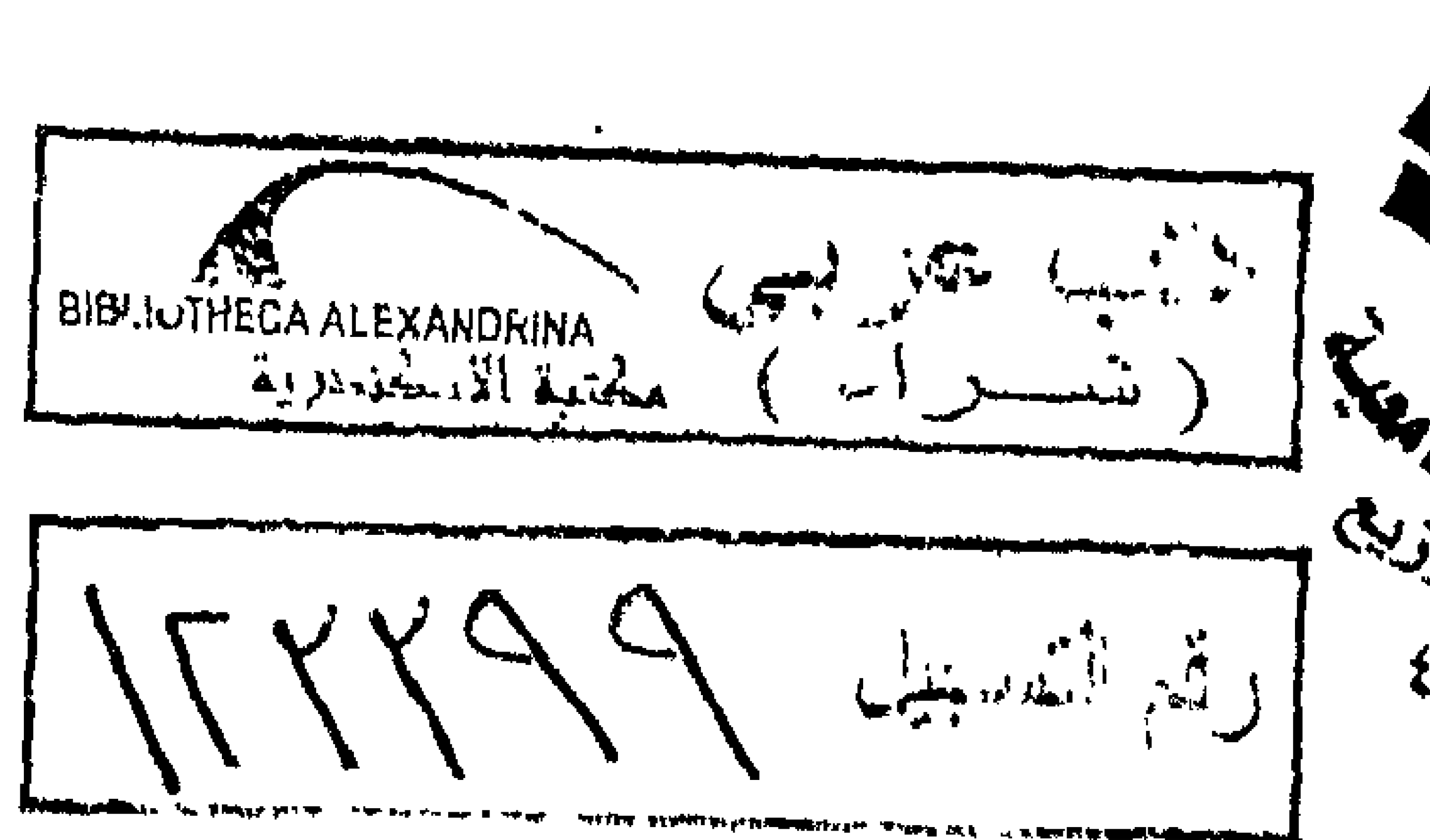
اضطراب التأتـأه
رؤية تشخيصية علاجية

إعـداد

الأستاذة الدكتورة
هالة إبراهيم الجروانى
أستاذ صحة الأم الطفل
عميد كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية

الدكتورة
رحاب محمود صديق
أستاذ مساعد الصحة النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية

٢٠١٣





دار المعرفة الجامعية
طبع - نشر - توزيع
ت: ٤٨٧٠١٦٣

كتاب

اضطراب التأتأة - رؤية تشخيصية علاجية

أ.د. هالة إبراهيم الجرواني　　　　د. رحاب محمود صديق

124 صفحة

4869-2012

978-977-273-647-8



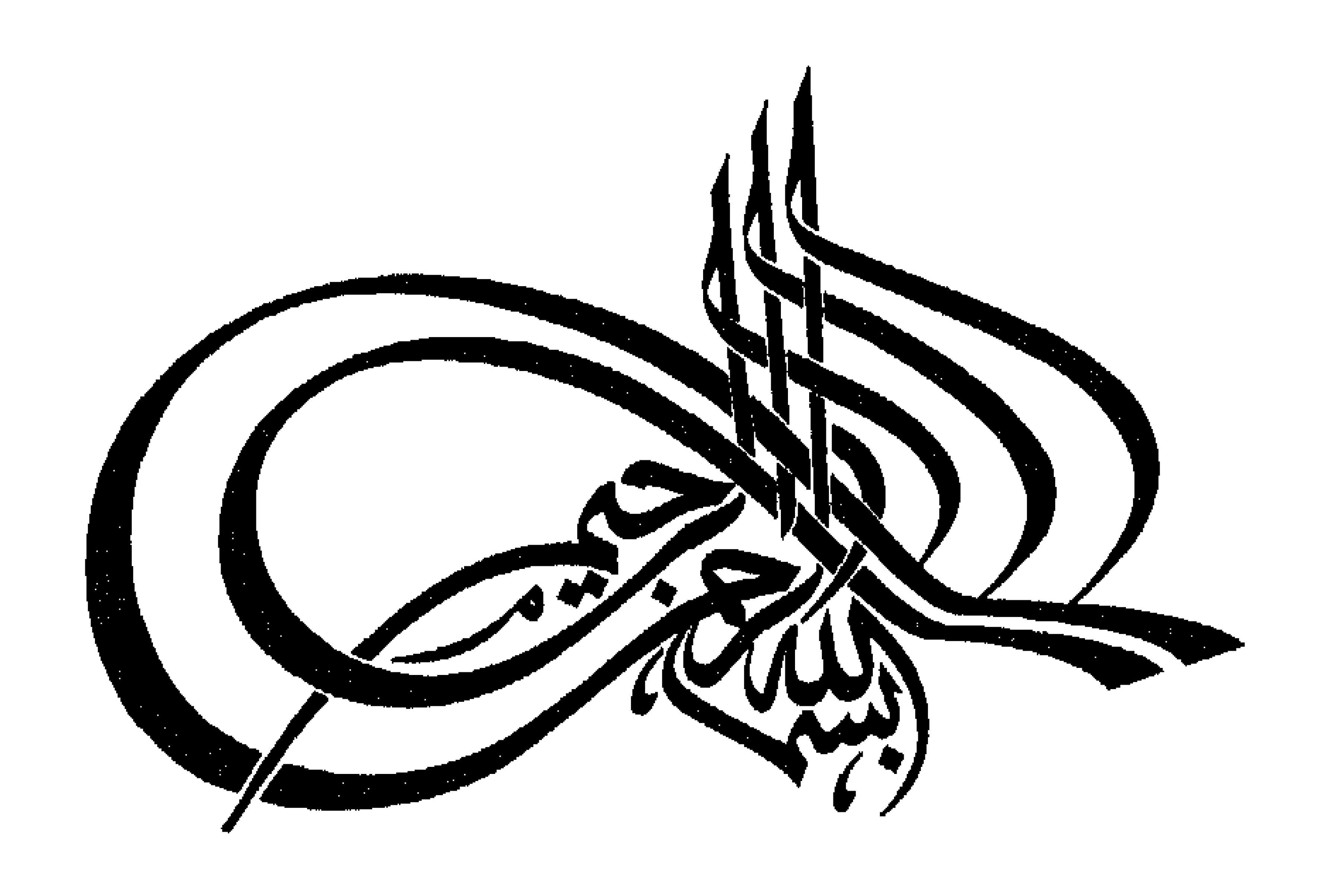
الإدارة: ٣٦ ش سوتير - الأزريطة - أمام كلية الحقوق
جامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية

تليفون: 163 70 48 00203　فاكس: 454 30 48 00203

محمول: 913 1666 0122 002

الفرع: ٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - الإسكندرية

Email: darelmaarefa@gmail.com
d_maarefa@yahoo.com
Web site: www.darelmaarefa.com


بسم الله الرحمن الرحيم

مُقَـدّمَة

يعتبر موضوع اضطرا بات اللغة والكلام من الموضوعات الحديثة نسبيا فى مجال اهتمام التربية الخاصة، حيث ظهر الاهتمام بها فى بداية الستينات فى القرن العشرين وذلك من منطلق أهمية اللغة كعامل أساسى من عوامل التكيف مع المجتمع، ووسيلة من وسائل الاتصال بالآخرين.

فاللغة تستخدم للتعبير عن المشاعر والأفكار وتساهم بشكل أساسى فى التعليم واكتساب العديد من المهارات.

ولكن أحيانا تتعرض اللغة لدى الأطفال لبعض الاضطرابات تتعلق بعيوب تصيب النطق كالحذف والإضافة والإبدال والتحريف أو عيوب تتعلق بطبيعة الصوت شدته أو اضطراب الخمخمة أو الخنف، أو عيوب تتعلق بالكلام كاللجلجة واللغة وعسر الكلام والحبسة وتأخر الكلام.

ويمكن أن ترجع هذه الاضطرابات إلى عوامل عديدة عضوية أو نفسية أو بيئية، ولذا يستخدم العديد من الوسائل فى تشخيص هذه الاضطرابات، وهذا التعدد يناسب تعدد الأسباب الكامنة أو المؤدية لهذه الاضطرابات. وكذلك تتعدد الطرق العلاجية المستخدمة مع الأطفال ذوى اضطرا بات اللغة والكلام.

ويتناول هذا الكتاب تصنيف الإضطرابات اللغة والكلام وطرق تشخيص هذه الإضطرابات وعلاجها، ويتكون الكتاب من ثلاث فصول، على النحو التالى:

الفصل الأول: يتناول طبيعة النمو اللغوى لدى الأطفال ومظاهره التطور الطبيعى للنطق واللغة.

أما فى الفصل الثانى: فيتم استعراض أنواع ومظاهر إضطرابات اللغة والكلام وسبل التشخيص، والنظريات التى فسرت إضطرابات اللغة والكلام.

وخلال الفصل الثالث: يتم تناول الطرق العلاجية والتى يمكن أن تسهم فى خفض حدة اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال.

والمرجو من الله أن تعم الفائدة على كل الأسرة التى يعانى أطفالها من اضطرابات النطق والكلام

والله ولى التوفيق....

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوى لدى الأطفال

أولاً- أهمية اللغة.

ثانياً- وظائف اللغة.

ثالثاً- مراحل النمو اللغوى.

رابعاً- عوامل اكتساب المهارات اللغوية.

خامساً- الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوى.

سادساً- مراحل الكلام.

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوى لدى الأطفال

مقدمة

تعد اللغة من المميزات الإنسانية للتواصل، حيث يعبر بها الإنسان عن مشاعره وآرائه وما يدور فى ذهنه من أفكار، فهى أداة للتفكير ويكتسب الطفل اللغة من بيئته المحيطة به، فيتطور استخدامه للغة المجتمع الذى يعيش فيه، حتى يتمكن من التفاعل الاجتماعى مع الأخرين المحيطين به.

أولا- أهمية اللغة

تعد اللغة أساس الثقافة الإنسانية، وعامل أساسى من عوامل التكيف والتوافق مع الحياة، وتمثل الأداة الرئيسية التى تتواصل بها الأجيال، فهى وسيلة للتفاهم والاتصال والتخاطب، ووسيلة هامة من وسائل النمو العقلى والمعرفى والإنفعالى، وتشمل اللغة المنطوق بها واللغة المكتوبة والإيماءات والإشارات والتعبيرات الوجهية التى تصاحب سلوك الكلام، ويرتبط بمفهوم اللغة كل من النطق والكلام.

- **النطق**: هو مجموعة الحركات التى يؤديها جهاز النطق والأحبال الصوتية أثناء إصدار الأصوات.
- **الكلام**: هو عملية إصدار الأصوات الكلامية لتكوين كلمات وجمل لنقل المشاعر والأفكار من المتكلم إلى السامع.

والطفل عندما يولد معه القدرة على النطق وفهم الكلام ولكنه يعتمد فى الشهور الأولى على السمع ثم تتطور القدرة على النطق واستخدام لغة المجتمع الذى يحيا فيه.

ثانياً- وظائف اللغة

تعتبر اللغة من أهم المميزات الإنسانية، ووسيلة مهمة للتواصل والتفاهم بين البشر ووصف مشاعرهم، كما أنها أهم وسيلة اتصال فى المجتمع البشرى الذى يحظى بوسائل اتصالية كثيرة، ويمكن أن تحدد أهم وظائف اللغة كما يلى:

١- **التواصل**: يتيح التواصل المجال للتعرف على أراء الآخرين، وأفكارهم وتبادل المعلومات بين الأفراد ومعرفة كل ما هو جديد ونقل الحضارات والتقاليد وتحقيق النظام والتكيف مع المجتمع ويرى «سابير» أن مفردات اللغة تعكس بصورة واضحة المحيط الطبيعى والاجتماعى للذين يتكلمونها.

٢- **التعبير**: حيث يتم التعبير باللغة عن المشاعر والأحاسيس والعواطف والانفعالات، ولولا اللغة بقيت تلك المشاعر رهينة بصاحبها لا يستطيع توضيحها.

٣- **التفكير**: يتضح لنا أننا نفكر باللغة وإنها أداة التفكير، وبين «واطسن» أن الفكر ما هو إلا كلام، فعندما نفكر نتكلم فعلاً على الرغم من أن الكلام لا يكون مسموعاً.

ثالثاً: مرحلة النمو اللغوى:

لا شك بأن اللغة تمر بمراحل عديدة، وقد قسمت مراحل اكتساب اللغة عند الأطفال إلى:

١- مرحلة الصراخ: تبدأ هذه المرحلة بالصرخة الأولى، (صرخة الميلاد)، حيث تمثل أول استخدام للجهاز التنفسى، ولهذه الأصوات فى الأسابيع الأولى من حياة الطفل أهمية فى تمرين الجهاز الكلامى عند الطفل ووسيلة للاتصال بالآخرين وإشباع حاجاته.

٢- مرحلة المناغاة: تبدأ حوالى الشهر الخامس، يفتح الطفل فمه فتخرج منه أصوات (آغ آغ آغ)، ونتيجة دخول الهواء إلى تجويف الفم دون أى عائق يبدأ الطفل فى نطق الحروف الحلقية المتحركة (آآ)، ثم تظهر حروف الشفاه (م أ، بَ ب)، ثم يجمع بعد ذلك بين الحروف الحلقية وحروف

الشفاه (ماما)، وعلى الأم أن تناغى مع طفلها لأن المناغاة هى الطريقة المثلى لتعلم اللغة فالطفل يحاكى بها ما يصل إليه من أصوات (أحرف وكلمات).

٣- مرحلة التقليد أو المحاكاة: بعد أن ينطق مقاطع ماما/ بابا، تأتى مرحلة الحروف السنية (د، ت)، ثم الحروف الأنفية (ن)، ثم الحروف الحلقية الساكنة (ك، ق، ع) وحتى هذه المرحلة لا يزال الطفل يفتقد معنى الكلمات ولكنه يبدأ محاولات التكلم كما يتكلم الأخرون، وعادة ما يحاول الطفل التكلم مع نفسه أو مع ألعابه، وهنا يجب علينا عدم المقاطعة لما هذا الأمر من أهمية فى تطور مقدرة الطفل على الكلام، وهناك فروق فردية بين الأطفال فى القدرة على المحاكاة ونطق الكلمة الأولى تبعاً لعوامل متعددة كالذكاء والعمر الزمنى وفرص الكلام المتاحة للطفل، ووجود أطفال آخرين معه فى الأسرة.

٤- مرحلة الكلام الحقيقى وفهم اللغة. يبدأ فيها الطفل بالكلام ويفهم مدلولات الألفاظ ومعانيها ويظهر عادة فى السنة الثانية، وثمة مراحل لتكوين الجملة بدءاً من الكلمة الواحدة، وهذه المرحلة تسمى الكلمة الجملة، فعندما يقول الطفل لأمه (كلمة) فإنه يقصد إبلاغ رسالة، ثم تأتى مرحلة الكلمتين، وتتضمن الكلمات ذات المحتوى الدال والهام بالنسبة للمعنى وفى نهاية الثلاث سنوات الأولى تتكون الجملة من ٥ إلى ٦ كلمات، وفى السنة الرابعة يتشابه نظام الأصوات الكلامية وفى السنة الخامسة إلى السادسة تصبح اللغة فى مستوى كامل من حيث الشكل والتركيب والتعبير بجمل صحيحة.

رابعاً : عوامل اكتساب المهارات اللغوية:

إن العوامل المؤثرة فى اكتساب اللغة ترجع إلى الفرد فى بعضها، كما ترجع إلى البيئة المحيطة فى بعضه الأخر، وفيما يلى فكرة عن بعض هذه العوامل:

١- **الممارسة**: يجب أن تتم ممارسة اللغة بصورة طبيعية وفى مواقف حياتية متجددة.

٢- **الفهم والتعلم**: كلما زاد التواصل والفهم زاد تفاعل الطفل وزادت ورغبته فى تعلم المزيد.

٣- **التوجيه**: توجيه الأطفال لأخطائهم فى جو هادئ.

٤- **النموذج**: سواء من الأم أو الأخوة أو الأب أو المربين.

٥- **التشجيع**: فهما يؤديان إلى تعزيز التعلم والتقدم فيه.

٦- **الذكاء**: ترتبط الحصيلة اللغوية عند الأطفال بنسبة ذكائهم، حتى إن بعض علماء النفس يتخذون هذه الحصيلة أساساً لقياس الذكاء.

٧- **الوضع الصحى والحسى للطفل.**

٨- **الوسط الاجتماعى والمستوى الاقتصادي**: أطفال المستوى الاجتماعى المرتفع يتكلمون تلقائياً ويعبرون بوضوح عن آرائهم، وبين "ديوى" إن الوسط الاجتماعى يعمل على تكوين العادات اللغوية... والطفل يتعلم لغة أمه ويرتد إليها.

٩- **البيئة اللغوية**: يرى علماء النفس اللغوى إن اكتساب مهارات أى لغة يتطلب وضع المتعلم فى بيئة لغوية.

وفى وطننا العربى ثمة مشكلات فى اكتساب اللغة الفصحى فى أيامنا هذه تتمثل فى العامية المنتشرة بالبرامج الإذاعية والتلفزيونية والقصور فى تكوين مهارات التعلم الذاتى.

خامساً: الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوى السوى:

قد يكون من المفيد جذب انتباه الوالدين والمعلمات لبعض الاعتبارات الواجب مراعاتها حتى يحقق الطفل انمو اللغوى السوى وتجنب ظهور المشكلات التى قد تعطل مسار هذا النمو ومن أهم الاعتبارات ما يلى:

- على الوالدين أن يدركا أن إقامة علاقة مستقرة بينهما وبين الطفل وإعطاء الطفل الصغير أكبر قدر ممكن من الحب والحنان والشعور بالأمن النفسى خلال السنوات الأولى من عمره، أمر ضرورى لصحته النفسية ولنموه وتطوره الطبيعى بكافة جوانبه بما فى ذلك تطوره اللغوى.

فقد كشفت الخبرات الإكلينيكية التى تراكمت خلال الربع الأخير من القرن العشرين، أن نوع العلاقة التى يقيمها الطفل الصغير مع والديه وبصفة خاصة مع أمه خلال الشهور القليلة الأولى من عمره عن طريق عملية التغذية وغيرها تحدد بقدر كبير تطوره بكافة جوانبه بما فيها التطور اللغوى، وتترك آثاراً بالغة على ذلك التطور فإذا كانت تلك العلاقة دافئة فإنها تعطى للطفل شعوراً بالأمن النفسى وتساعده على القيام بكافة العمليات الحيوية كالتنفس والحركة والطعام وإصدار الأصوات بطريقة طبيعية وأكد كثير من العلماء على الطبيعة الاجتماعية للأصوات المبكرة التى يصدرها الطفل، وأشاروا إلى أن إصدار تلك الأصوات بطريقة صحيحة يتوقف على إقامة علاقات إيجابية مع الراشد فى البيئة المحيطة بالطفل، الذى يحبه الطفل ويتعلق به بالإضافة إلى ذلك بينت بعض الخبرات الإكلينيكية أن الطفل الذى يعانى من الإهمال والحرمان بدرجة كبيرة والذى تضطرب علاقاته مع البالغين من حوله، يكون اكثر بطئا فى تعلم الكلام كما أن هذا النوع من الأطفال يكون قلقاً ولا يشعر بالقدر الكافى من الأمن ويعانى من الكف والإحباط.

وتفسر الأهمية الحيوية للرابطة القوية مع الأم كثيراً من الحقائق المعروفة حول التطور اللغوى للطفل مثل تفوق الطفل الوحيد الذى يحظى بأكبر قدر من حب ورعاية الوالدين وكذلك التأخر البالغ للأطفال الذين ينشأون بالمؤسسات ودور الرعاية.

مع بلوغ الطفل حوالى ثلاثة أشهر يبدأ فى تنغيم الأصوات، التى يصدرها والتى كانت قبل ذلك مقتصرة على الصراخ Crying وفى إصدار مقاطع متكررة ومتشابهة مثل: ماما، بابا وغيرها وبذلك تبدأ لديه مرحلة المناغاة عند هذه المرحلة من مراحل التطور اللغوى على الأم أو من يرعى الطفل أن يشارك الطفل فى نشاطه اللغوى هذا بأن يكرر نفس المقاطع التى يرددها الطفل مراراً وأن يشجعه ويحثه ويستثيره على الاستمرار فى هذا الأداء وعلى الأم أن يدخل مع الطفل حوار مشترك ومتبادل حيث يصدر الطفل الصوت وتكرره الأم وهكذا فمن شأن هذا التشجيع والحث أن يجعل الطفل يؤدى هذا العمل المعرفى ويكرره، نظراً لأن هذا التشجيع يكون بمثابة التعزيز Reinforcement الخارجى الضرورى لعملية التعلم.

بالإضافة إلى ذلك فإن هذا التعزيز يساعد على تطوير عملية المناغاة وتحويلها من مجرد لعب عشوائى يصاحب نشاط الطفل إلى سلوك التقليد المقصود لما ينطقه الراشد أمام الطفل من كلمات وهو تطور أساسى ومهم لاكتساب اللغة فى المراحل التالية، والذى يتم عن طريق قيام الطفل بتقليد الكلمات التى يستخدمها الراشد.

وأخيراً فإن قيام الأم باستثارة الطفل وحثه فى مرحلة المناغاة تشكل بدايات التفاعل الاجتماعى Social Interaction المتبادل بين الطفل البيئة الاجتماعية من حوله، ولذلك فإن له أهمية خاصة فى المراحل التالية لتحقيق التوافق الاجتماعى مع المحيطين به.

على الرغم من أهمية حث الطفل واستثارته وتشجيعه على المناغاة و إصدار الأصوات وغيرها من أشكال السلوك اللغوى عن هذه الأعمار المبكرة إلا أنه من الضرورى أن يعرف الوالدان أنه يكاد يكون من المستحيل على الطفل الصغير أن يمرن على إصدار أصوات أو نطق كلمات دون أن يكون جهازه العصبى وجهاز الكلام لديه ناضجاً وقادرا على إصدارها تلقائياً أى أنه من المستحيل أن يقلد الطفل صوتا لم يصدره هو فى مناغاته التلقائية نتيجة لذلك يكون على الوالدين أن يكررا الأصوات التى سمعا الطفل يصدرها، إلى أن ينضج جهاز الكلام لديه وجهازه العصبى ويصبح قادراً على التقليد بعد ذلك.

وعلى الوالدين أن يقدما أكبر قدر ممكن من المثيرات الحسية المحببة للطفل وأن يعرضاه لتلك الخبرات والمثيرات التى تستثير حواسه المختلفة، سواء النظر أو السمع أو اللمس أو غيرها من الحواس. يمكن القيام بذلك عن طريق عرض مختلف أنواع اللعب التى تتحرك والتى تصدر أصواتاً، وذات الألوان المختلفة وكذلك للأغانى والموسيقى، فمثل هذه الاستثارة الحسية ضرورية لحث الطفل، وتشجيعه على ممارسة السلوك اللغوى المميز للمناغاة واللعب.

مع بداية نطق الطفل للكلمات الأولى، والذى يحدث فى المعتاد بلوغ الطفل لعامه الأول ومراعاة الفروق الفردية، يلاحظ أن الكلمات الأولى التى ينطقها الطفل مقلداً للراشدين نكون غير سليمة ولا تزيد عن كونها مجرد تقليد تقريبى لتلك الكلمات ويطلق على لغة الطفل عند هذه المرحلة اسم «الكلام الطفلى» Baby Talk.

والملاحظ أن كثيرا من الأهل يعجبون بهذا الكلام الطفلى ويكرره مراراً أمام الطفل وباستحسان لدرجة تجعل الطفل يكرره ويثبت عليه إلى أن يصبح عادة يصعب على الطفل التخلص منها، وقد تؤدى إلى عيب من عيوب الكلام إذا لم تصحح.

والشئ المهم فى هذه المرحلة أن يتنبه الوالدان إلى ضرورة أن يكون نطقها للكلمات دائماً نطقا سليماً، وأن يحرصا على ذلك ويصرا على نطق الكلمات دائما نطقا صحيحاً وعلى الوالدين ألا ينساقا وراء الطفل بتقليد وتكرار كلامه، إلا أن الشئ الأخر المهم أن يقوم الوالد بالنطق الصحيح دون ضغط على الطفل أو استهزاء به ودون توبيخ له، فقط ينطلق الكلمة نطقا صحيحاً فى كل مرة. والهدف من ذلك أن يقدم الولدان للطفل النموذج اللغوى الجيد ليقلده مع مراعاة عدم الاستهزاء بالطفل عند نطق الكلمات بطريقته الطفلية الخاصة.

بعد نطق الكلمات القليلة الأولى وبداية استخدام الطفل للغة الصحيحة عند حوالى عام ونصف على وجه التقريب يدخل الطفل فى مرحلة لغوية جديدة يطلق عليها مرحلة أو فترة «تسمية الأشياء» Naming Objects.

فبمجرد أن يكشف الطفل أن لكل شئ حوله أسما خاصا به، يصبح الطفل شغوفا ومتشوقاً لمعرفة أسماء جميع الأشياء من حوله وعلى الوالدين عند هذه المرحلة أن يجيبا على جميع الأسئلة التى يوجهها الطفل لمعرفة أسماء مختلف الأشياء الموجودة حوله وغيرها من الأسئلة، وعلى من يرافق الطفل أن يجيبه على جميع تلك الأسئلة بوضوح تام ولغة سليمة، وعليه ألا يهمل تلك الأسئلة أو يمل من كثرتها أو يرفض الإجابة عليها. فاكتساب أسماء الأشياء فى هذه المرحلة المهمة يؤدى إلى الإسراع فى معدل التطور اللغوى للطفل، وزيادة حصيلته اللغوية، أى العدد الكلى للكلمات التى يعرفها ويستخدمها الطفل.

على الوالدين خلال السنوات الأولى من عمر الطفل أن يحرصا على تعرضه لأكبر قدر كبير من الخبرات المتجددة والزيارات والرحلات للأماكن الجديدة عليه المختلفة والتى توجد بها مثيرات متنوعة ومتجددة.

تعريض الطفل للخبرات الجديدة التى تزيد من مداركه وتوسعها تثرى من خبرات الطفل ويكون لها آثاراً كبيرة على تطوره اللغوى وزيادة الحصيلة اللغوية.

على الوالدين أن يحرصا حرصا شديداً على قضاء أكبر قدز ممكن من الوقت مع الطفل الصغير والاشتراك معه فى نشاطاته وزيادة حجم التفاعل الاجتماعى معه خلال السنوات المبكرة الأولى من عمره وعليهما أن يحرصا كذلك على تحقيق نمط تفاعلى للحياة الأسرية، وذلك بالحرص على تناول الوجبات مع الطفل، وعلى التحدث معاً ومناقشة مختلف الموضوعات أثناء هذه الوجبات وغيرها من الأوقات، وعليهما أن يحرصا بصفة خاصة على أن يشارك الطفل فى هذه المناقشات وأن يأخذ دوراً فى الحوار فقد وجد أن النمط التفاعلى للجو الأسرى هو النمط الذى يزيد من سرعة التطور اللغوى للطفل ويكسبه العديد من المهارات اللغوية.

على عكس النمط الإنعزالى الذى لا يشجع على التفاعل الاجتماعى داخل الأسرة والذى يكون له أثر سلبى على التطور اللغوى للطفل بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين أن يلاحظا أن وجودهما لفترات كافية مع الطفل خلال السنوات الأولى من الطفولة شئ مهم لتطوره اللغوى وذلك لأنهما يقدمان له النموذج اللغوى الجيد للتقليد.

الطفل الذى يرافق الراشدين لفترات طويلة من يومه خلال العامين الأولين من عمره يكون تطوره اللغوى وحصيلته اللغوية وكافة المؤشرات الأخرى الدالة على تطوره اللغوى أفضل بكثير من الطفل الذى يترك طوال الوقت للعب مع إخوته.

يجب أن يتنبه الوالدان فى الوقت الراهن إلى أنه فى حالة شعورهما بأن طفلهما قد تأخر فى النطق أو أنه يعانى من إحدى مشكلات الكلام مثل التأتأة أو غيرها من المشكلات عليهما أولا تذكر ما يلى:

- التطور اللغوى يتأخر وفى كافة أبعاده عن التطور اللغوى للإناث (مع مراعاة الفروق الفردية).
- تأخر الكلام أو وجود عيب من عيوبه لا يعنى على الإطلاق أن الطفل سيكون أقل ذكاء.
- بعض مشكلات الكلام، كالكلام الطفلى والتأتأة تحدث بشكل طبيعى وتعتبر من ضمن المراحل التى يمر بها التطور اللغوى السوى والطبيعى للطفل. فالكلام الطفلى يعتبر مظهراً طبيعياً وانعكاساً لعدم نضج جهاز

الكلام لدى الطفل الصغير، كما أن التأتأة التى تقع فيما بين عام ونصف وثلاثة أعوام ونصف تعتبر كذلك مظهرا طبيعياً لكون معدل تفكير الطفل يفوق معدل تطوره اللغوى لذلك يفكر الطفل قليلاً قبل أن ينطق بالكلمات.

- بعض المواقف قد تؤدى إلى ظهور هذه المشكلات مثل ولادة أخ جديد للطفل أو التحاقه بدار الحضانة أو الروضة أو وفاة شخص عزيز وهى مواقف صعبة على الطفل الصغير تؤدى إلى اضطرابه انفعاليا، وقد تظهر خلالها بعض مشاكل الكلام كتعبير عن عدم التوافق والقلق والتوتر.
- أن تشجيع الوالدين للكلام الطفلى واستحسانه قد يؤدى إلى جعل الطفل هلا يكف عنه كما إن إهمالهم فى تصحيحه هو الذى يجعله يستمر لعدم وجود النموذج اللغوى الجيد للتقليد.

على كل حال على الوالدين أن يسيرا فى الخطوات التالية إذا قلقا بسبب تأخر طفلهما فى الكلام:

١- التحقق من سلامة سمع الطفل عن طريق قياس السمع لدى أخصائى السمع.

٢- الكشف العضوى على أعضاء الكلام والجهاز العصبى لدى الطبيب المتخصص.

٣- قياس ذكاء الطفل على يد متخصص فى القياس النفسى وباستخدام اختبار مقنن للذكاء، لاستبعاد حالات العقل.

٤- البحث عن مظاهر دالة على مشكلات سلوكية والتنبيه لها من أمثلة ذلك التبول الليلى، والمخاوف والعدوانية ومشكلات الأكل بالإخراج وقضم الأظافر وغيرها من المشكلات فى المعتاد لمشكلات الكلام.

٥- البحث عن الضغوط التى يعانى منها الطفل مثل ولادة أخ جديد، له أو ذهابه للروضة لأول مرة، أو عدم استقرار واضطراب علاقته بأخذ الوالدين.

٦- عرض الطفل على أخصائى التخاطب.

على الرغم من التأكيد على أنه لا يجب على الوالدين إبداء القلق الزائد على وجود مشكلة للكلام والتسرع بوصف الطفل بأنه "طفل لديه مشكلة" وعدم استثارة قلقة بشأنها، إلا أنه من الواجب على الوالدين فى نفس الوقت ألا يهملا هذه المشكلة ويسرعا فى اتخاذ كافة الإجراءات السابق توضيحها. ويرجع السبب فى ذلك لأهمية التدخل المبكر.

ولا يقتصر السبب فى ذلك لكون تلك المشكلات قد تصبح عادات مع مرور الوقت يصعب التخلص منها والتغلب عليها، وإنما يتعدى ذلك لما يمكن أن ينتج عنها من آثار سلبية تعوق التوافق النفسى والاجتماعى.

سادساً- مراحل الكلام

ينتج الكلام بعد سلسلة من العمليات المعقدة التى يقوم بها الإنسان بشكل آلى، يبدأ بالسمع، ويمر بعمليات داخلية عبر أجهزة الكلام المختلفة إلى أن يخرج الكلام واضحا مسموعاً.

فالفهم الواضح للآلية التى ينتج من خلالها الكلام يساعدنا فى فهم أفضل لطبيعة الإضطرابات الكلامية، واللغوية، وأن إنتاج لغة منطوقة، أو مكتوبة مفهومة، وذات معنى يعتمد على النظام البيولوجى للإنسان، وخصائصه المختلفة.

فالكلام عند الإنسان يرتبط حدوثه ببعض الأليات بالجهاز التنفسى، من خلال مجرى هوائى متحرك يجرى خلال فراغ ضيق فى البلعوم، أو الفم، أو الأنف، وكون المجرى الهوائى متحركاً يستلزم وجود باعث على الحركة، لذلك يرتخى الحجاب الحاجز والعضلات الصدرية.

وتنكمش الرئتين إلى حجمها الطبيعى مما يؤدى إلى طرد وإندفاع الهواء من الرئتين إلى الخارج، وهذا ما يعرف بعملية الزفير، وبذلك تكون الرئتين هما مصدر مجرى الهواء، وهما الباعث على حركة هذا المجرى الهوائى".

فالكلمة هى رنين الصوت الفونيمى المنطوق المسموع، أو هى رنين أصغر الوحدات الصوتية الكلامية الأولية الصادرة من الفم نتيجة لعمل، واشتراك أجهزة،

وأعضاء النطق، والكلام والصوت الكلامى هو المراحل الزمنية الفسيولوجية الأساسية الرابعة اللازمة لإتمام عملية الكلام حيث يتم فى المرحلة الأولى انبعاث الصورة الذهنية العقلية الرمزية فى الذهن (Symbolization)، وفى المرحلة الثالثة إنتاج أصوات الفونيمات (Articulation)، وهكذا نجد أن المتكلم قبل البدء فى الكلام يقوم بعمل سلسلة من العمليات العقلية، والعضوية و النفسية.

ويبين Stoniest (١٩٨٩) إن كل كلمة منطوقة يقابلها حالة وعى، أو إدراك خاص، فالكلمة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتمثيلها، وهذا الإرتباط يبدأ من الكلمة إلى التمثيل، وقد يكون العكس من ذلك أى من التمثيل إلى الكلمة، فما أن تسمع الكلمة حتى تنبعث الصورة الذهنية فى الحال داخل ذهن الفرد، وعلى العكس من هذا إذ أن انبعاث الصورة الذهنية داخل العقل يثير الكلمة، ولو لم تنطقها أعضاء النطق.

ويوضح النحاس(٢٠٠٦) أن مراحل إصدار الكلام هى:

- إنتاج هواء الزفير خلال فسيولوجية جهاز التنفس.
- إنتاج صوت الفونيم من خلال فسيولوجية الحنجرة والثنايا الصوتية.
- إنتاج صوت الفونيم من خلال فسيولوجية أعضاء النطق، والحجرات الصوتية.
- يتحول صوت الفونيم إلى أصوات وألفاظ الكلام.

ويذكر عبد الفتاح (٢٠٠٨) أن الكلام يمر بعدة مراحل ليصل للآخرين وهى:

- مرحلة الاستقبال: عن طريق جهاز السمع.
- مرحلة المعالجة: التى تتم فى المخ.
- مرحلة الإرسال: (ممارسة الكلام).

ويضيف حسيب (٢٠٠٧) أن عملية الكلام تمر بمجموعة من المراحل هى:

- استقبال الأصوات والوعى بها وتمييزها وإدراكها.
- المعالجة الأولية عن طريق حاسة السمع ويتم تحويل المثيرات الصوتية

إلى تغيرات كيميائية، ونبضات عصبية ينقلها العصب السمعى إلى المخ حيث مرحلة المعالجة الأساسية التى يتم فيها تسجيل وفهم واختزان هذه النبضات العصبية.

- ممارسة الكلام من خلال أجهزة النطق فتظهر الأصوات، والمقاطع الصوتية، والكلمات المفردة، والجمل البسيطة، والكلام المستمر.

كما يشير العزة إلى أن الكلام عبارة عن فعل حركى، ولذلك فهو يحتاج إلى التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هى:

١- **التنفس**: ويعنى ذلك توفير التيار الهوائى اللازم للنطق.

٢- **إخراج الأصوات**: أى إخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، الأحبال الصوتية.

٣- **رنين الصوت**: أى تغيير الموجة الصوتية نتيجة حركة الثنيات الصوتية، وامتلاء أعلى الحلق بالهواء.

٤- **نطق الحروف**: أى استخدام الشفاه، واللسان، والأسنان، الحلق لإخراج الأصوات المحددة اللازمة للكلام.

وتوضح وفاء البيه (١٩٩٤) أن هناك بعض الكلمات عند المتكلم وعند السامع تكون مرتبطة بصورة ذهنية عقلية لغوية لا تكتسب وجوداً حقيقياً مجسماً بصورة طبيعية إلا عن طريق الكلام، فالصورة الذهنية الإيجابية تنتج دفعة تنفسية زفيرية قوية تساعد على إحداث الصوت الكلامى الصحيح، والصورة الذهنية السلبية تنتج دفعة تنفسية زفيرية ضعيفة ومضطربة، تؤثر على إصدار الصوت الكلامى بشكل مضطرب، يترجم الكلام بوضوح الحالة الفسيولوجية والنفسية للمتكلم حيث تؤثر الانفعالات المختلفة على أجهزة وأعضاء الكلام، ولذلك يتأثر الكلام تأثيراً مطلقاً تبعاً للحالة النفسية للمتكلم.

مما سبق يتضح أن الكلام عملية معقدة تعتمد على العديد من الآليات الداخلية المتناسقة كالفهم، والإدراك، ونسبة الذكاء، وسلامة أعضاء النطق، والكلام جميعاً، ومخارج الحروف، والكلمات، وأيضا سلامة الفرد نفسياً، واجتماعياً،

كما أن تعرض الفرد لأى خلل عضوى، أو مؤثرات نفسية، واجتماعية قد تؤدى بالتالى إلى اضطرابات الكلام مما يعنى إعاقة تواصله مع الآخرين، وبالتالى قد يتأثر الفرد جراء هذه الإضطرابات نفسياً، واجتماعيا إلى الدرجة التى تتطلب التدخل الطبى، والنفسى لمساعدته فى التعامل مع هذه الاضطرابات.

الفصل الثاني

اضطرابات اللغة والكلام

أولاً- مفهوم إضطرابات اللغة والكلام.

ثانياً- أنواع إضطرابات اللغة والكلام ومظاهرها.

ثالثاً- نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثانى

اضطرابات اللغة والكلام

مقدمة

شهدت دراسة اضطرابات اللغة والكلام عند الأطفال تطورات كبيرة مؤخراً، تتعلق بأساليب وفرضيات دراسة ومعالجة هذه الإضطرابات حيث بدأ الاهتمام الكبير لدى الباحثين فى هذا المجال باللجوء إلى التجليل الوصفى، وفرضيات النظرية الفونولوجية، لدراسة مشكلة الإضطراب اللغوى ومعرفة أسبابها، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها.

وتعتبر اضطرابات اللغة والكلام من أحدث ميادين التربية الخاصة وأسرعها تطورا وذلك بسبب الاهتمام الزائد من قبل الوالدين والمهتمين بمشكلة الأطفال الذين يظهرون مشكلات لغوية وكلامية.

ويتفق معظم علماء النفس على أن مجال اضطرابات اللغة والكلام من أهم المجالات التى كان إيقاع التطور فيها مطردا ومتعاظما خلال أواخر القرن الماضى حيث إن اضطرابات اللغة والكلام تعد من الإضطرابات التى تؤثر فى مجالات الحياة المختلفة وتلازم الطفل فى مواقفه الحياتية المختلفة.

ودراسة اللغة ونشأتها هى إحدى تطبيقات علم النفس اللغوى أو سيكولوجية اللغة The psychology of language كما أن نظرية تشومسكى فى النحو التوليدي التحويلى generative transformations–syntax هى أول من دفع علماء النفس إلى إعادة النظر فى المدخل الكلى لدارسة السلوك المعنوى وكانت مؤشراً لثورة النفس لغوية وزيادة الاهتمام بعلم النفس اللغوى Psycholinguistic، فسيكولوجية اللغة هى ذلك الفرع من فروع علم النفس الذى يهتم بدراسة العلاقة بين علم النفس وعلوم اللغة والذى يعتبره علماء النفس واحد من أهم فروع علم النفس.

ويكاد يجمع علماء النفس على أن تحديد موعد دقيق ينطق فيه الطفل أولى كلمات حياته هو أمر عسير، ولكن معظم الملاحظات تشير إلى أن الشهرين الحادى عشر والثاني عشر من السنة الأولى هما بداية ذلك بالنسبة للطفل العادى، ولكن النطق قد يتأخر ليصل إلى ١٥ شهراً أحياناً وهذا لا يدعو إلى القلق، لكن أثناء تطور نطق الطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة، قد يضطرب نطقه، ويعانى فيه من مشكلات، وهنا تظهر الفروق الفردية بين الأطفال، فبينما قد نجد بعض الأطفال يستطيعون نطق جميع الأصوات الساكنة فى عمر الرابعة، إلا أن البعض منهم يتأخر إلى ما بعد ذلك، إذ أن نضج أجهزة النطق والجهاز العصبى قد تتفاوت من طفل إلى آخر (الببلاوى).

وقبل أن نبدأ فى تعريف اضطرابات اللغة والكلام وخصائصها وأنواعها تشخيصها ثم علاجها لابد ان نلقى نظرة تاريخية عامة عن نشأة وتطور علاج عيوب اللغة والكلام.

إن مشكلة الإضطرابات اللغوية الكلامية، لها تاريخ حيث ساهم الكثير من العلماء فى تطوير علاج إضطرابات اللغة والكلام، وتقدمه، والذى يشمل تشريح وظائف أعضاء الكلام إلى جانب دراسة سمعيات وإدراك الكلام واللغة والذاكرة، كما يهتم المتخصصون فى علاج اضطرابات اللغة والكلام بإضطرابات الكلام وأسبابها وطرق علاجها، ومن أوائل الباحثين فى هذا المجال فون كمبلين والذى صمم عام ١٧٧٨ أول جهاز لتحليل تردد الأصوات كما تعتبر العيادة الإكلينيكية لعلاج إضطرابات الكلام التى أنشأها كون بألمانيا عام ١٨٨٦ من أوائل العيادات المتخصصة لعلاج إضطرابات اللغة والكلام ويرجع الفضل للعالم الألمانى هيلمونز ١٨٢١ فى وضع مبادئ طبيعة الكلام مثل تشكيل الهواء الخارج من الأحبال الصوتية وتوافقيات الحروف ومهمة البلعوم والجيوب الأنفية، كما كان لجهود عالم الصوتيات الإنجليزى هنرى سويت، ١٨٤٥ أكبر الأثر فى تطور علم الصوتيات فهو أول من وضع الأبجدية الصوتية العالمية والتى نشرها عام ١٨٧٧ فى كتابه Hand Book of phonetics وأول من وضع وطور مقياس السمع Audiogram هو العالم الهولندى ألكسندر جراهام بل ١٨٤٧، وفى عام ١٩٥٩ أنشأ أول قسم خاص لعلاج عيوب الكلام فى جامعة نيوكاسل.

وفى أيرلندا بدأ علاج أمراض الكلام عام ١٩٤٥ وفى عام ١٩٦١ أظهر المسح الذى قامت به وزارة الصحة بها أن ١٪ من طلاب المدارس يحتاجون الجلسات تخاطب (رشاد، ٢٠٠٣).

إلا أننا نعانى من نقص واضح فى الإحصائيات الحديثة فى مجتمعنا التعرف بدقة على نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام خلال المراحل العمرية المختلفة، وأهمها على وجه التحديد مرحلة الطفولة المبكرة، حتى نتمكن من إجراء التدخل المبكر المناسب لكل حالة.

أولاً- مفهوم إضطرابات اللغة والكلام

تعد اضطرابات اللغة والكلام أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء فى حركة الفك والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشركة مناسب.

ومن الواضح أن فى سن الطفولة المبكرة تختلف لغتهم عن لغة الراشدين، إذ أنها تتميز بلثغات مختلفة وتدل معايير النمو على أن الطفل العادى يستطيع أن يتخلص تماماً من العيوب اللغوية فيما بين الرابعة والسادسة وإذا لم يتخلص منها فى هذه السن كان مضطرباً فى كلامه.

وقد عرف Emerick (١٩٨١) اضطرابات اللغة والكلام بأنها «عدم قدرة الطفل على ممارسة الكلام بصورة عادية تناسب عمره الزمنى ونوعه، وقد يتمثل ذلك فى صعوبة نطق أصوات الكلام أو تركيب الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات مفهومة، أو عدم تركيب الكلمات فى صورة جمل مفهومة، عدم استخدام الكلام بصورة فاعلة فى عملية التواصل مع الأخرين» (عبد العزيزالشخص، ١٩٩٧)

ويعرف اضطرابات اللغة والكلام بأنها «اضطراب طويل المدى فى إنتاج الكلام أو فى إدراكه وبالتالى فإن الكلام المضطرب هو الكلام الذى ينحرف عن كلام الأخرين، ويكون لافتاً للإنتباه ويسبب سوء التوافق بين المتكلم وبيئته الاجتماعية وقد تكون هذه الإضطرابات ذات أساس عضوى أو وظيفى».

وقد عرف بالمر ويانتيس Palmer & Yantis (١٩٩٠) الكلام المضطرب بأنه استجابة كلامية تختلف بدرجة ملحوظة عن الاستجابات الكلامية الشائعة بين الأفراد من حيث الخصائص الصوتية المسموعة المعتادة.

أما فيصل الزراد (١٩٩٠) فيعرف إضطراب اللغة والكلام بأنها «اضطراب يتعلق بمجرى الكلام أو الحديث، ومحتواه، ومدلوله، ومعناه، وشكله، و سياق وترابطه مع الأفكار والأهداف، ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، بمعنى أنها تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلى والنفسى والاجتماعى للفرد المتكلم»

ويعرف عبد العزيز الشخصى والدماطى (١٩٩٢) اضطرابات اللغة والكلام بأنها «عدم قدرة الفرد على إصدار اللغة بالصورة السليمة، وذلك نتيجة لمشكلات فى التناسق العضلى، أو عيب فى مخارج أصوات الحروف، أو الضعف فى الكفاءة الصوتية، أو لوجود أى خلل عضوى «.

أما ماهل Mahl فيشير إلى أن «كلام الفرد يعد مضطرباً إذا انصرف اهتمامه عما يقول بحيث يركز على كيفية نطق الأصوات الكلامية وطريقة التعبير عن الأفكار» (عبد العزيزالشخص، ١٩٩٧).

وأيضا عرف آرام Aram اضطرابات والكلام بأنه «سلوك لغوى مضطرب يعود إلى تعطيل وظيفة معالجة اللغة، التى تظهر على شكل أنماط مختلفة من الأداء، وتتشكل بواسطة الظروف المحيطة فى المكان الذى تظهر فيه وآخرون.

والكلام غير السوى هو الكلام الذى ينحرف عن كلام الأخرين بدرجة تجذب الإنتباه، ويعوق الاتصال، أو يسبب حالة من الضيق والتوتر للمتحدث، أو المستمع أى أنه يمثل نتيجة الكلام، ولا يرجع لأسباب خاصة بأعضاء الجسم، وعليه فإن الكلام المضطرب هو الذى يكون غير واضح، وغير مفهوم للسامع، ويسبب سوء التوافق بين المتكلم.

يتضح مما سبق على أن اضطرابات اللغة والكلام تتعلق بمجرى الكلام، وشكله، وسياقه، وترابطه، ومدى فهم الأخرين له.

وأنها عبارة عن انحراف الكلام عن المدى المقبول للكلام العادى، أو استجابة كلامية تختلف بدرجة ملحوظة عن الاستجابات الكلامية الشائعة بين الأفراد من حيث الخصائص الصوتية المسموعة.

ثانياً: أنواع إضطرابات اللغة والكلام ومظاهر كل منها:

تعتبر اللغة وسيلة هامة للتوافق الاجتماعى، وأن طلاقة اللسان من ما تتميز به الشخصية الناضجة، ولكن قد تمنع هذه الطلاقة اضطرابات اللغة والكلام ، ويمكن أن تقسم هذه الإضطرابات إلى:

١- اضطرابات النطق.

٢- اضطرابات الكلام.

٣- اضطرابات الصوت.

وسنعرض هذه الإضطرابات بشكل عام ثم سنعرض لإضطرابات التأتأة والتلعثم بالتفصيل.

(١) اضطرابات النطق

تظهر على أنها صعوبة فى إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة وتحدث فى الحروف المتحركة أو الساكنة وتعتبر عيوب النطق أكثر أشكال الإضطرابات شيوعاً ومن هذه العيوب:

أ- **الحذف Omission**: يحذف الطفل صوتاً ما من الأصوات التى تتضمنها الكلمة ثم ينطق جزءاً فقط، وقد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت فيصبح كلام الطفل فى هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق.

ب- **الإبدال Substitution**: حيث يتم إصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المرغوب فيه كاستبدال (س) بحرف (ش، ث) أو استبدال (ر) بحرف (و) مثال: خووف بدل خروف، وهو ما يعرف باللثغة، وتعد عيوب الإبدال أكثر شيوعا فى كلام الأطفال صغار السن وبين عيوب النطق النمائية.

ج- **التحريف Distortion**: يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه، وقد يعود ذلك لأن الهواء يأتى من المكان غير الصحيح أو لأن اللسان لا يكون فى الوضع المناسب

وينتشر هذا النوع من الإضطرابات بين الأطفال الأكبر والراشدين أكثر من الصغار.

د- **الإضافة Addition**: ينطق الطفل الكلمة مع زيادة صوت ما إلى النطق الصحيح وهى أقل العيوب انتشارا.

(٢) إضطرابات الكلام:

لا شك أن الكلام من أهم وسائل التواصل بالأخرين ويستدعى كونه عدة توافقات عصبية دقيقة، يشترك فى أدائها الجهاز التنفسى لتوفير التيار الهوائى للنطق، وإخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، والأحبال الصوتية والميكانيزم السمعى للتمييز بين الأصوات والمخ والجهاز العصبى السليم ونطق الحروف باستخدام اللسان والأسنان والشفاه وسقف الحلق الصلب والرخو والفك.

أ- التأتأة **Stuttering**: احتباس فى الكلام يعقبه انفجار للكلمة بين شفتى الطفل مضطربة بعد معاناة تتمثل فى حركات ارتعاشية وتعتبر طبيعية من عمر ٢- ٥ سنوات بعد ذلك تحتاج لبرنامج علاجى نفسى وكلامى.

أشكالها

- تكرار الحرف أو الكلمة عدة مرات.
- التوقف المفاجئ والطويل قبل نطق الحرف أو الكلمة ثم نطقها دفعة واحدة.
- إطالة النطق بالحرف قبل الذى يليه.

أسبابها

تعود فى الغالب لمرحلة الطفولة المبكرة حيث يتأثر الطفل سلباً من الحماية الزائدة أو الحرمان العاطفى وتضارب أساليب التربية داخل الأسرة والشقاء العائلى وكثرة المخاوف والسخرية التى تعرض لها الطفل.

ب- **التأتأة**: وهى عدم الطلاقة فى سيولة الكلام بشكل يلفت النظر، مما يعيق التحدث مع الأخرين، والمتأتىء يكرر حرفاً أو مقطعاً بشكل لا إرادى،

مصحوباً باضطراب فى التنفس وحركات فى اللسان مما يسبب له الخجل والارتباط والعزلة وتنتشر لدى الذكور أكثر من الإناث.

جـ- **اللثغة Stammering**: وهى استبدال حرف بحرف مثال: ساعة (ثاعة) كورة (تورة) ومرد ذلك عامل التقليد أو وجود تشوهات فى الفم والأسنان أو بسبب عوامل نفسية أو اجتماعية.

د- **السرعة الزائدة فى الكلام Cluttering**: يكون الكلام مضغوطاً يتعذر على المستمع فهم ما يقال، لعدم وجود تناسق بين الناحية العقلية والناحية اللفظية، ويكون العلاج بتنظيم عملية التفكير لدى المريض بعرض صورة أمامه وعليه أن يراعى الترتيب المنطقى أثناء عرض الأحداث الواردة فيها.

هـ **تأخر الكلام**: يدخل عامل الوراثة والقدرة العقلية والسمعية وطبيعة العائلة وعامل الجنس دوراً فى تأخر الكلام، فالبنات أكثر تقدماً فى عملية الكلام بسبب وفرة الوقت الذى تقتضيه البنت بجانب أمها أكثر من الذكور الذين ينصرفون للعب.

و- **الحبسة Aphasia**: تتأثر بعض مراكز اللغة فى الدماغ نتيجة التعرض للحوادث أو انسداد فى شرايين الدماغ مما يؤدى إلى ما يعرف بالحبسة وتتجلى بفقد القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوقة بها أو عدم القدرة على إيجاد الأسماء ومراعاة القواعد النحوية، ومن أنواعها: الحبسة اللفظية والحسية والنسيانية والكلية.

• **عسر الكلام (أبرا كسيا)**: عدم التحكم بإنتاج الكلام نتيجة عدم القدرة على التنسيق بين الجهاز العصبى والعضلى، مثل حالات الشلل الدماغى حيث يجب التدريب المستمر لأعضاء النطق التى يصعب تحريكها بالإستعانة بأخصائى التنفس والعلاج الطبيعى، وفي بعض الحالات يصعب الوصول إلى نتيجة مرضية فنلجأ إلى وسائل التواصل البديلة كالإشارات.

(٣) اضطرابات الصوت:

ويتضمن أي اضطراب يختص بعلو الصوت أو انخفاضه أو خشونته بشكل غير سوى ويمكن أن نحدد هذه المشكلات بما يلي:

أ- مشكلات فى التنغيم الصوتى كالصوت المرتعش أو الخافت والرتيب.

ب- مشكلات فى شدة الصوت كالصوت الخشن والصوت الطفلى وبحة الصوت.

جـ- الخمخمة Rhinolalia: وهو خروج الكلام من الأنف بصورة مشوهة غير مألوفة، فينطق حرف (الميم) باء أو دال، بسبب وجود فجوة فى أعلى الحلق أو سد فتحات الأنف.

ويوجد تصنيف آخر لإضطرابات النطق والكلام على النحو التالي:

(١) اضطراب تشوش انسياب الكلام Cluttering Disorder

هو فقدان الطفل القدرة على تتابع الكلام بإيقاع ومعدل متوازن مفهوم، بحيث يبدو إيقاع الكلام سريعاً وشاذاً بطريقة تعوق وضوحه، مع ظهور تراكيب نحوية خاطئة، وانفجارات للكلام بمجموعات من الكلام لا تمت إلى التركيب اللغوى للجملة، ويكون الطفل غير واع بعيوب التواصل لديه، ويحذف بعض المقاطع أو يستبدلها، ويخطئ فى التعبير اللغوى، ولديه زلات لسان تفقد تركيب الجملة المعنى السليم.

وهذا الإضطراب يبدأ لدى بعض الأطفال في الفترة العمرية ٥-٨ سنوات، وتظهر شدته تحت تأثير الضغوط النفسية. أما إذا ظهر فى عمر العامين أو أكثر قليلاً فيعتبر الأمر ليس بإضطراب، أو ما يسميه البعض اضطراباً طبيعياً لانسياب الكلام، ويختلف هذا الإضطراب عن التأتأة وأقل منها في نسبة انتشاره بين الأطفال.

أسبابه

حتى الوقت الحاضر لم تكتشف أسباب محددة، ولكن انتشاره بين أفراد الأسرة الواحدة عن عامة الناس يشير إلى عوامل وراثية.

أساليب التغلب على اضطراب تشوش انسياب الكلام

ما يقرب من ٦٥٪ من الأطفال الذين يميزهم هذا الإضطراب يتم وصولهم إلى المستوى الطبيعي للكلام مع بداية المراهقة.

ولكن إذا صاحب هذا الإضطراب متغيرات أخرى مثل الاكتئاب أو الانطوائية والعزلة لزم الأمر علاجاً نفسياً للطفل، إن لم يكن إرشاداً أسرياً.

(٢) البكم المتعمد Elective Mutisim

يتعمد قلة من الأطفال عدم الكلام، أو التوقف عن الكلام فيفضل الصمت وعدم التحدث وعدم الاستجابة لأي حوار، وعدم الإجابة على أى سؤال هو الظاهر على الطفل على الرغم من أنه كامل الوعي ومطلق الحرية والإرادة، وغالباً ما يكون الطفل منحنى الرأس لا يحدق فيمن حوله، ناظراً إلى الأرض أو إلى أى اتجاه بعيداً عمن يحاول التحدث إليه، وربما حجب وجهه وعينيه بيديه أو مرفقيه أو يتواصل بواسطة الإيماءات أو مقاطع كلامية مختصرة، والطفل الذى يمارس البكم المتعمد له مستوى طبيعي من الذكاء والتفكير، وقدرة طبيعية على الكلام وكامل الحواس وليس هناك دلائل على اضطراب جهازه العصبى. ويلاحظ أن الطفل إما يظل صامتاً داخل المدرسة ويتحدث في المنزل مع شخص محبب إليه أحياناً مثل الأم، أو العكس.

وهناك حالات شديدة من البكم المتعمد يمتنع الطفل معها عن الكلام مع أى شخص. وقد تمتد ظاهرة الامتناع عن الكلام إلى مواجهة سلبية واسعة تشمل الابتسام والإنتباه والنظر للآخرين بل وأحياناً الطعام والشراب، وهذه الظاهرة نادرة الحدوث، وإن ظهرت ففى الغالب لدى الأطفال في الفئة العمرية ٣-١٠ سنوات، ويظل الأمر أسابيع قليلة أو أياماً، أو شهوراً وربما ساعات، ونادراً ما يظل سنوات، ونسبة أقل من ١٪ من المحولين إلى عيادات الإرشاد النفسى لديهم هذا الإضطراب.

إن سبب البكم المتعمد اضطراب نفسى، وهو مؤشر على صراعات نفسية داخل الطفل، وقد تكون نتيجة لإحساس الطفل المتزايد بالقلق الشديد حول

عجزه المحتمل عن التعبير الصحيح في مكان تشتد فيه وطأة خبرة نفسية أو ضغط نفسى كالروضة أو الحضانة. إن حالات الخوف من الروضة أو المدرسة نجد أن الإضطرابات المعوية يمكن أن تكمن خلف تلك الحالة.

هذا إلى جانب أن التعرض لصدمات نفسية أو الأمراض التى تسببت في دخولهم المستشفى أو مشاكل أبوية أو خلافات زوجية، أو الأم المسيطرة أيضاً من العوامل التي يمكن أن تكون كامنة خلف هذا الإضطراب. ويتخذ الطفل الصمت محاولة للدفاع عن النفس وسلاحاً يعاقب به غيره، وهناك أسباب واضحة لهذه الحالة مثل فراق أحد الوالدين أو مرضه... أو ظهور شخص جديد في المنازل أو عدم تلبية أغلب رغبات الطفل.. أو تغيير مكان السكن القريب من الأصدقاء المحبين، وإذا كان الأمر قد ينشأ ربما لفشل دراسى إلا أنه قد يكون بسبب أن يصبح الطفل كبش فداء لأصدقائه يغيظونه ويسخرون منه.

أساليب التغلب على البكم المتعمد:

يجب دراسة طبيعة التفاعل والعلاقات داخل أسرة الطفل، لتحديد الأسباب أو الإتصال بالروضة أو المدرسة للكشف عن بعض الإحتمالات، ويفيد العلاج الفردى للطفل في جلسات باللعب أو الرسم.

وذلك للتخفيف من شدة الضغط في أجواء المنزل والروضة أو المدرسة، مما يؤدي بالطفل إلى الإسترخاء وإنخفاض حدة القلق وإنسياب الكلام.

ومن طرق العلاج السلوكي حرمان الطفل من أشياء محببة، إذا استمر على صمته، وكثيراً ما تكون هذه الطريقة ناجحة وخاصة إذا فشلت أساليب تخفيف شدة الضغط المنزلي أو المدرسي مع الطفل.

(٣) التأتأة – عي السان Stuttering, Stammering:

هي ترديد أو تقطع في نطق الكلمات، وتوقف في اللفظ والتعبير، والصعوبة في لفظ بدايات الكلمات أو حروفها الأولى، بالتوقف أو محاولة الإطالة بها فتنقطع الحروف، ويحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات فترة قصيرة، فتخرج الألفاظ متناثرة وربما غامضة، وإن كان غالباً ما يصبح الكلام المتقطع

مفهوماً للسامع، بالرغم من إصابة سلاسة وإيقاع الكلام بانسدادات أو تكرارات لنفس المقطع، وذلك بسبب تشنج ذبذبات الصوت والتنفس، وأحياناً تصاحب تلك الأعراض تشنجات في عضلات الوجه، أو الرمش بشدة في العين، أو الغمز أو الرعشة للشفتين أو الوجه أو هز الرأس. ويكون الطفل غير واع بها في البداية، وبمجرد وعيه يبدأ آليات التجنب، وتظهر الاستجابات الحركية والانفعالية.

وهناك التأتأة البسيطة في ترديد وإعادة الألفاظ أو الحروف، والتأتأة الشديدة التي تظهر في صورة توقف لإنسياب الكلام، وانقطاع ترابط الحديث، وقد تحدث الصعوبة في اللفظ بأوقات متباعدة.

ومن الأطفال المتأتئين من يتمكن من الغناء وبدون أى صعوبات مثلما يظهر عليهم أثناء الكلام.

والتأتأة تظهر على ما يقرب من ١٪ من الناس عموماً أغلبهم من الأطفال وهنك حوالي ٤٠٪ من الأطفال الأسوياء يتأتأون أو يتلعثمون في الكلام في يوم معين في الأسبوع مثل يوم بداية الأسبوع الذى يلى العطلة، واليوم الذي يلي العيد، كما أن بعض الأطفال يتأتأون في وقت معين من النهار كأوقات سؤال المعلمة لهم أو فراقهم للأم. وقد لوحظ أن ٥٠٪ من أقارب المتأتىءين من الدرجة الأولى يصابون بالتأتأة.

كما أن التأتأة أكثر انتشراً في المجتمعات الراقية أو المتقدمة عنها في المجتمعات البدائية ونسبة ظهورها لدى البنين مقارنة بالبنات هي ٣ : ١.

وتظهر التأتأة في العادة خلال الفئة العمرية ٣ –١٠ سنوات وتكون البداية في ٩٨٪ من الحالات قبل سن العاشرة ولا تشخص قبل سن الثالثة، وغالباً ما يكون الطفل قبله عادياً تماماً وربما فصيحاً..، ثم بدأت تظهر عليه بوادر التقطع والتردد أثناء كلامه بشكل تدريجي أو بصورة مفاجئة. وغالباً ما يكون ذكاء هؤلاء الأطفال مرتفعاً، وهناك اعتقاد بأن الأطفال أصحاب الذكاء الحاد أكثر عرضة لهذا الإضطراب، بينما يندر أن يظهر على الأطفال عقلياً. والتأتأة يمكن أن تظهر أيضاً لدى الكبار، ويمكن التمييز بين مراحل اربعة لتطور هذا الإضطراب.

المرحلة الأولى: وتظهر لدى أطفال الخامسة من العمر فأقل، وتكون التأتأة بصورة متقطعة بحيث لا تظهر على الطفل أى علامات لها خلال أسابيع أو أشهر، وغالباً يسهل عودة الطفل إلى حالته الطبيعية، إلا إذا استثير الطفل أو أجهد نفسياً.

المرحلة الثانية: وتظهر لدى الأطفال في الفئة العمرية ٦-١٢ سنة، وتكون التأتأة على أشدها في أنواع الكلام التي تشمل الاسم والفعل والصفات، وبصورة ما يمكننا القول بأنها مزمنة، ونادراً ما يتخللها كلام طبيعي لفترة ضئيلة ثم العودة.

المرحلة الثالثة: وتظهر في مرحلة المراهقة، وتكون التأتأة بصورة متقطعة نتيجة مواقف أو ظروف مثل التحدث أمام الزملاء، أو عند حل مسألة أمامهم، أو عند التحدث في التليفون مع الغرباء.

المرحلة الرابعة: وتظهر في أواخر المراهقة، وخلال المراحل العمرية التالية للرجال، وتظهر التأتأة وعسر الكلام نتيجة القلق والتوتر الذى يصاحب مواقف تكون فيها الموجهة مع الآخرين.

إن ظاهرة التأتأة معروفة منذ القدم ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع منها:

- **التأتأة النمائية:** وتحدث في مرحلة الانتقال إلى المخارج السهلة للكلمات بين عمر سنتين وأربع سنوات، حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلى التوقف والتكرار.
- **التأتأة المتحسنة:** وتظهر لدى بعض الأطفال فى فئة العمر ٣-١١ سنة وتزول تلقائياً فى مدة تتراوح بين ٦ أشهر و ٦ سنوات.
- **التأتأة الثابتة:** تظهر لدى بعض الأطفال فى الفئة العمرية ٣-٨ سنوات، وتحتاج إلى علاج لفترة زمنية طويلة.

أسباب التأتأة:

١- **أسباب عضوية** : تعود إلى الجهاز العصبى المركزى وخاصة نصفى المخ، وارتباك فى توزيع الكلام بين نصفى المخ، كما يعتقد بأن السبب يعود إلى خلل فى ميكانيكية استماع الإنسان لصوته، فهو لا يسمع صوته بالسرعة

التى يسمعها الإنسان العادى، بل يسمع صوته متأخراً بعض الشئ. كما يعتقد أيضاً في وجود ارتباك في ميكانيكية بدء الكلام. وهناك بعض الدلائل على أن الأطفال يرثون هذا الاستعداد.

٢- **أسباب نفسية:** وهي الأغلب في تفسير هذا الإضطراب ومن هذه الأسباب الوسواس القهرى الذى يلم بالفرد فيجعله غير قادر على النطق بسبب شدة وسوسته حول نوع الكلام وكيفية استخراج مقاطع الكلمات، فضلاً عن أن كل شخص مصاب بالتأتأة يزداد ارتباكاً، التوتر والقلق. وبتكرار الخطأ ثم الحرج أثناء الحديث يتعقد الأمر وتصبح أغلب مواقفه محرجة. وعند مستوى معين من الإثارة فإن أى متحدث سوف يجد نفسه غير قادر على السيطرة الإرادية اللازمة لإخراج الكلمات بطريقة طبيعية.

وهناك من يرجع التأتأة إلى مشكلات أسرية فى الأصل انعكست على الطفل بعد أن مر بها كفراق الأم أو انفصال الوالدين.

وقد يكون ظهور التأتأة مرتبطاً بالخوف أو الرعب أو الإحباط في الامتحانات، أو التعرض لحوادث.

ويشير علماء التحليل النفسي إلى أن التأتأة ما هي إلا عرض عصابى تكمن خلفه رغبات عدوانية مكبوتة، حيث ينكص الفرد إلى المرحلة الشرجية، ويعيش صراعاً بين الرغبة الشعورية في أن يتكلم وحفزه لا شعورية بعدم الكلام، ويبدو أن الكلام فعل عدواني موجه ضد من يسمع، وتكون التأتأة تأجيلاً مؤقتاً لهذا العدوان، وتصبح التأتأة إخراجاً يعقبه إيقاف للكلام، ثم إخراجاً أخرا لكلام يعقبه إيقاف لهذا الكلام أى للعدوان. وإن كان من المحتمل أن يصبح للتأتأة دورا فى إجهاد السامع، وهذا في حد ذاته نوع من العدوان غير المباشر عليه. وأرجع بعض علماء علم النفس الأمر إلى نكوص ليس إلى المرحلة الشرجية فحسب بل إلى المرحلة الفمية، حيث تصبح النزعة العدوانية الخطرة مرتبطة بالفم (عض – قضم)، حيث يكون الفم هو المعبر عن القلق في هذه المرحلة

٣- **أسباب بيئية:** كم من طفل ثبت بعد عامه الثانى أو الثالث على نطقه

الطفلى Baby Talk لعدة سنوات وربما حتى المراهقة، لأن من حوله شجعوه على استخدام تلك الكلمات وهذا الأسلوب.

وهناك افتراض بأن هناك عتبة Thershold بعدها تشوه السيطرة الحركية للنطق، ويمكن أن يكون الأطفال عرضة للتأتأة إما لأن لديهم عتبة منخفضة، أو لوجود بيئة ذات عوامل مشوهة أو غير طبيعية.

أساليب التغلب على التأتأة

أن ما يقرب من ٤٠٪ من الأطفال المصابين بالتأتأة يعودون إلى حالتهم الطبيعية دون أى تدخل ويتحسن تلقائياً بنسبة تتراوح بين ٥٠٪ و٨٠٪ قبل بلوغ السادسة عشر من العمر نسبة والتحسن أفضل لدى الإناث منه لدى الذكور إلا أن من المهم:

١- شغل ذهن الطفل بأن مشكلته تنتهى وسوف يتكلم بصورة طبيعية.

٢- استخدام الطفل للكلام البطئ مع الإيقاع أو الموسيقى بإستخدام اليدين أو آلة موسيقية.

٣- استخدام بعض تقنيات علاج صعوبات التخاطب التى تستخدم من قبل إخصائى، ومنها ما يسمى بتنقية تيار الهواء، وذلك بإرشاد الطفل بأن يتعلم طريقة خاصة في الشهيق والزفير من شأنها إحداث ارتخاء في الأحبال الصوتية مما يجعل الطفل يتغلب على مشكلته تدريجياً، ويتضح عليه ذلك وتوجد معادلات لقياس شدة التأتأة تأخذ في الاعتبار متغيرات: تكرار التأتأة وزمانها والتوتر والتجنب. وهناك أسلوب الترديد أو الاقتفاء Shaddowing ضمن العلاج السلوكى.

٤- محاولة تحسين الوضع النفسى للطفل إذا كان الإضطراب إثر صدمة نفسية، وذلك باستشارة الإخصائي، ولن يكون ذلك قبل فحص الطفل نفسياً للكشف عن الصراعات ومحاولة إعادة الثقة إليه.

٥- هناك بعض العقاقير الحديثة تستخدم لعلاج الإضطرابات النفسية وتنعكس آثارها على اختفاء تأتأة الكلام لدى الطفل، ولكن نادراً ما يلجأ

إلى مثل هذه العقاقير، وإن كانت طرق العلاج النفسى والإرشاد الأسرى أثبتت فاعليتها عن الكثير من العقاقير.

٦- يجب التنبه جيداً أثناء مراحل نمو لغة الطفل، ومحاولة تشجيع كل محاولة للكلام مع عدم التصحيح له مباشرة وبقسوة بل بالنصح والإرشاد، أو الإتيان بأفعال تستوجب استعمالهم لهذه الكلمات أمام الطفل، وإضافة الثقة في نفس الطفل على أنه يمكنه أن يقول وأن يتكلم. إن علينا أن نجعل الطفل يشعر في محاولاته متعة مصحوبة بالفخر والإنجاز.

٧- اشتراك الطفل في الأنشطة الجماعية، وإتاحة فرص التفاعل الاجتماعي، مع عدم السخرية أو التهكم بالعيوب اللفظية في حديث الطفل، أو عدم زجره أمام الزملاء بالمدرسة. بل تشجيع الطفل على الكلام وسط الجماعة دون خجل.

٨- عدم النظر إلى التأتأة على أنها أمر خطير مما ينعكس في صورة قلق على الآباء يستشفه الأبناء.

٩- عدم إجبار الطفل على سرعة الاستجابة بينما هو في حالة فزع أو خوف أو توتر نفسى أو إرغامه على الصمت إذا كان يصرخ.

ومن المتعارف عليه أنه قبل تناول الإضطراب بالعلاج فمن الضرورى أن ننظر إلى الأعراض بالتشخيص والفحص بالبحث عن مصاحبات التأتأة وأعراضها، ويجب أن يكون واضحاً أن التأتأة تختلف عن اضطراب تشوش انسياب الكلام الذى يبدو فى معدل الكلام.

(٣) بكم الرهاب Phobic Speech Disorders

الرهاب هى حالة من الخوف والذعر الشديد الذى ينتاب الطفل لسبب يبدو واضحاً ولكنه غير معقول أو متناسب مع الإثارة، وتتدرج الحالة من الخوف من الحشرات أو الحيوانات الأليفة إلى درجة رعب من الناس، ويصبح الطفل مع هذه الحالة غير قادر على الكلام أو ما ينبغى أن يقال.

ومن حالات الرهاب الشهيرة عند الأطفال حالة الرهاب الاجتماعى Social

Phobia وهو خوف من مواجهة الناس سواء كانت مجموعة قليلة أو المجتمع ككل، بحيث يصبح وجود الناس حول الطفل أمراً مثيراً للذعر والخوف.

إن هذا النوع من الرهاب يؤثر بشكل مباشر على قدرة الطفل على الكلام وبخاصة أنه في حالة من الانفعال والخوف، فأثناء ذلك يكون مشوش التفكير غير قادر على إدراك ما يقال ولا واع بما ينبغي أن يحدث، فيصاب بالبكم الرهابى من حدة الانفعال، بالرغم من أنه طفل عادى يتمتع بقدرات عادية تمكنه من الفهم والتعبير فى الأوقات العادية والأمر هنا لا يتعدى موقف الخوف.

الأسباب:

التعرض لموقف عصيب لا يستطيع أن يتصالح فيه مع من حوله، ويكون الحل هو الخوف من مواجهة الموقف والرهبة منه.

أساليب التغلب على بكم الرهاب:

إن علاج هذا النوع من اضطرابات الكلام يتطلب علاج السبب الرئيسي وهو حالة الرهاب، مثل الدمج في مجموعات الأنشطة الجماعية مع كبار وصغار، وتعزيز سلوك الطفل الإيجابى في التعامل، وهناك أساليب سلوكية ونفسية لمعالجة هذه الحالة.

(٤) اللثغة:

هي صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية، وهناك بعض حروف أشد تأُثراً من غيرها في عيوب النطق من أهمها (الراء) فقد يلفظه بعض الأطفال (لام) وربما قلبت لدى بعض الأطفال من (راء) إلى (ضاض)

وربما نطق بعض الأطفال حرف (السين) كحرف (الثاء)، وكذلك (الزاى) في حين كانت (ذال).

أسباب اللثغة:

١- الصعوبة في لفظ حرف الراء يعود إلى ضعف المهارة في تحريك اللسان عند ارتفاعه إلى أعلى قريباً من سقف الفم. ويهتز بحركة منغومة يمر

عبرها الهواء المندفع من القصبة الهوائية. ويعود ضعف تحريك اللسان إما إلى كبر حجم اللسان أو وجود شقوق في سطحه كما في حالات الإعاقة العقلية واضطرابات هرمون الغدة الدرقية.

٢- الصعوبة في لفظ حرف الثاء بشكل شائع.

أساليب التغلب على اللثغة:

تدريب الناطق بإشراف مدرب متمرس، وبخاصة إذا كنا أمام أطفال، ويمكن استخدام أجهزة التسجيل التي يستمع خلالها الطفل للنطق الصحيح.

(٥) البكم الهستيرى Hyesterical Aphonia

. الهستيريا من الحالات النفسية العصابية التي نادراً ما تحدث في مرحلة الطفولة، وإن ظهرت فلدى الإناث من الأطفال غالباً، وتعبر فيه الطفلة عن معاناتها الداخلية أو صراعاتها النفسية في صورة أعراض بدنية بطريقة لا شعورية، لتجاوز مواقف أو ظروفاً تختلط على البعض بحالات عضوية مثل التهابات الدماغ والسحايا، ومن الأعراض الهستيرية التى يعانى منها الطفل حالة البكم أو الخرس الهستيرى فيمتنع الطفل عن الكلام، وينتابه الصمت نهائياً، وفي الغالب يصاحب هذا التوقف عن التحدث أعراض هستيرية أخرى كالإحساس بعدم الرؤية أو عدم السمع أو انعدام حركة أحد الأطراف.

إن الأطفال الذين يعانون من البكم الهستيرى يكونون في العادة غير مكترثين لما أصابهم من عجز في الكلام، لأنهم يعرفون أنهم قادرون عليه متى حسم الموقف أو الظروف المثيرة لصالحهم. وهذا ما يبدو واضحاً من كلامهم مع أنفسهم إذا تركناهم كلا مع نفسه أو مع لعبته التي يحبها، فنجده يمرح ويتحدث بصوت هامس يصعب سماعه.

وتعرف ظاهرة عدم الاكتراث للعاهة التى يقع فيها الطفل ومشاعره نحوها وظهور الامبالاة لا تتناسب مع عجزه المزعوم بالمصطلح Bell Indiffereance ويمكن اعتبار امتناع الطفل المؤقت عن الكلام (البكم المتعمد) حالة خاصة من البكم الهستيرى المؤقت.

أسباب البكم الهستيرى:

١- تأزم المناخ النفسى الداخلى للطفل وتعرضه لضغط نفسى.

٢- ضعف قدرات الطفل على مواجهة الضغوط العاطفية.

٣- افتقاد الطفل للوسائل التي تواجه تهديدات الأهل أو من يرعاه.

٤- قلق الأهل على بكم الطفل أكثر ضراوة من اهتمام الطفل بمشكلته ويجعله يتمادى حتى تحسم الأمور لصالحه.

أساليب التغلب على البكم الهستيرى:

١- يجب إتاحة الفرصة للطفل لاستخدام سلاحه هذا، لأن إرغامه على التخلي عن بكمه قد يؤدى به إلى استخدام أساليب أشد أذى.

٢- لا يجب اتهام الطفل علناً بالكذب أو التحايل أو التصنع أو التمارض، كما لا يجب التعامل معه بتدليل مفرط أوحماية زائدة.

٣-عدم إحاطة الطفل بالهلع والخوف عليه أو القلق على حالته، لأن ذلك قد يؤدى إلى أضرار نفسية قوية فى البناء النفسى له.

(٦) اضطراب الكلام الذهاني

يصاب قلة من الأطفال أمراض تؤدى إلى ذهان حاد مفاجئ أو ذهان مزمن، يعانى الطفل عندها من اضطراب واختلال ليس في التوازن النفسى فقط بل والنمو العقلى، والطفل حينما يصبح مريضاً عقلياً قد يتكلم كلاماً غير مألوف، وأحياناً يفقد القدرة على التعبير اللفظى بالتدريج، فيتلاشى ما اكتسبه من معرفة باللغة والكلام، وربما ينتهى الأمر به إلى صمت مطلق بسبب عجزه عن الفهم والتعبير، وهذا الإعتلال يؤدى بالطفل إلى استخدام وسائل أخرى للتفاهم، مثل الإشارات وأحياناً البكاء أو الصراخ. وأحياناً يتخذ اضطراب الكلام نتيجة للمرض العقلى أشكال أخرى كترديد كلمة واحدة أو مقطع واحد ودون توقف أو هدف. وقد يصاحب ذلك حركات غريبة باليدين أو الكفين أو الوجه أو الفم والأنف.

الأسباب

ليست هناك أسباب محددة سوى أن بعض الأمراض التى تصيب الأطفال ربما أدت إلى اضطراب الكلام الذهاني، كما أن انطواء الطفل على نفسه وبعده عن الأقران والإخوة وعدم التفاعل مع الكبار تفقد توظيف قدرته على الكلام.

أساليب التغلب على المشكلة

يجب استشارة الأخصائى بشكل مبكر لأن غالباً ما يكون تأرجح مشاعر الأطفال واضطراب أحاسيسهم عائقاً مؤقتاً في تدبير الحديث والكلام، فإذا استمر الإضطراب فأنه يؤثر على النمو العقلى.

(٧) الخنة (الخنخنة)

هي تضخيم بعض الكلمات عند النطق بها، مما يقضى على وضوحها، أو يكون سبباً في تشويهها، ويبدو الطفل أثناء كلامه، كأنه يعانى من زكام دائم، وتظهر صعوبة إحداثه للأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن.

أسباب الخنة:

تأتى من تشوه أعلى الحلق (فجوة أو شق) أو التهاب الجيوب الأنفية، أو التهاب اللوزتين وانتفاخهما.

وتحدث فجوة أعلى الحق نتيجة تعرض الجنين في الأشهر الأولى من عمره إلى عدم التئام الأنسجة التي يتكون منها الحلق.

أساليب التغلب على الخنة

١- عرض الطفل على متخصص لمعرفة ما إذا كان السبب عضوياً وتشخيصه ومعالجته.

٢- تدريب الطفل على الكلام وفق خطة يضعها المتخصص في اضطرابات الكلام.

٣- عدم السخرية والضحك على طريقة الطفل في الكلام.

٤- يمكن إجراء عمليات جراحية مبكرة لسد فجوة الحلق مما ييسر على الطفل التدريب على النطق السليم.

(٨) الثأثأة:

وهي إبدال حرف السين أو الزين إلى ثاء.

أساليب الثأثأة:

١- عدم انتظام الأسنان.
٢- تشوهات في الفك والشفتين.
٣- انشقاق الشفة العليا.
٤- التقليد.

أساليب التغلب على الثأثأة:

١- تدريب الطفل على النطق السليم والتمييز بين النطق السليم والتمييز بين النطق الخطأ والنطق الصحيح باستخدام المرآة وجهاز التسجيل.
٢- تدريب الطفل على نطق الحروف (س) أو (ز) منفصلة.
٣- تعويد الطفل على تحريك لسانه في أوضاع صحيحة عن طريق مدرب متخصص.

يتضح من العرض السابق اضطرابات اللغة والكلام ذات المنشأ النفسي، ولا يخفي ما لأهمية النطق من تأثير على قدرة الطفل على التوافق النفسي والاجتماعى، وهناك عوامل عضوية لها تأثيرها على كلام الأطفال، وتتوقف على جهاز النطق في الإنسان Speech Apparatus ويتوزع في مناطق مختلفة من جسم الإنسان مثل المخ، والنخاع الشوكى، والحنجرة والحبال الصوتية، وقنوات التنفس، وتجويف الفم، وعظام الفكين، والأنف، واللسان، والشفتين، ويجب عدم نسيان الهرمونات الخاصة بالنمو، والجوانب الوراثية.

وسوف نتناول اضطرابين التأتأة، Stutering, Stammering والتلعثم باعتبارهما من أهم الإضطرابات شيوعاً لدى الأطفال. فى جميع المجتمعات سواء الأوربية أو الأمريكية أو عالمنا العربى، فالتأتأة لها ردود فعل انفعالية واجتماعية وآثار سلبية، على

من لديهم هذا الإضطراب، كما أشارت لذلك الكثير من الدراسات، كدراسة Ptich & Franshella (1986)، ودراسة كلاً من (1997) Silverman & Zimmer والتى أشارت إلى أن للجلجة آثار سلبية وعكسية على الثقة بالنفس وتقدير الذات. وكذلك دراسة (Lavaki, 1967 and Nekerasov, 1985) ودراسة (Woods & Williams, 1976) والتى أجمعت أن التأتأة لها أثر سلبى وعكسى بالنسبة لسلوك المتأتىءين كتنمية السلوك العدوانى، وهناك الكثير من الدراسات التى تبين أن اضطرابات النطق والكلام، وخاصة التأتأة لها أثر سلبى على الجوانب النفسية والشخصية للفرد المتأتىء (مقبل المالكى، ١٩٩٥).

وكثيراً ما يستعمل مصطلحاً: (التأتأة)، والتلعثم « كمترادفين، رغم اختلاف أعراض كل منهما عن الأخر، وباعتبار أن التلعثم حالة من حالات التأتأة ولذا من المهم التمييز بين هاتين الحالتين بعرض المثال الآتي:

- تأتأة : م م م محمد (نطق حرف الميم أو الحاء أكثر من مرة).
- فالتأتأة» تتميز بالتردد وبتكرار سريع لعناصر الكلمة وبتشنجات عضلات التنفس أو النطق.
- تلعثم : م – توقف – محمد (نطق حرف الميم مرة واحدة، يليه توقف ثم إكمال الكلمة)، أو – توقف ملحوظ – محمد (التوقف قبل نطق الكلمة، ثم نطقها فى شكل دفعة واحدة) (٢٠٠٣).

التأتـــأة

كان الاعتقاد السائد أن التأتأة، اضطراب عصبى أو تشريحى، فمثلاً كان يعتقد أن تحويل طفل يكتب بيده اليسرى إلى طفل يكتب بيده اليمنى، يحدث اضطرابات في سيطرة أحد جانبى المخ، ويؤدى إلى نشأة التأتأة، ولكن أصبح علماء النفس الآن ينظرون إلى هذه الإضطرابات على أنها اضطرابات وظيفية (١٩٩٦).

وما تزال التأتأة Stuttering أكبر عنصر محير فى معوقات الكلام على الرغم من المحاولات الجادة في الدراسة عن ماهيتها وأسبابها وعلاجها، وهى من أشهر الإضطرابات الخاصة بطلاقة النطق.

وقسم الريماوى التأتأة إلى قسمين هما:

١- التأتأة الوقفية (milieu stuttering) : ويقصد بها اضطراب طلاقة الحديث الذى لا يظهر إلا فى المواقف الاجتماعية ذات الطبيعة الانفعالية.

٢- التأتأة الدائمة: عبارة عن عرض عضوى صريح لاضطرابات في الشخصية أو عرض لمرض نفسى أو ظاهرة تنفيس تركزت فى عضلات الجهاز الصوتى (الريماوى، ١٩٩٤).

ويعرف أحمد عكاشة وآخرون (١٩٧٤) التأتأة بأنها: «انقطاع في سريان الإيقاع الطبيعى للكلام، وذلك لحدوث تكرار غير طبيعى لهذا الانقطاع، بحيث يلفت الإنتباه مما يتدخل فى عملية التواصل أو يسبب الحزن عند الشخص المتأتىء أو من يستمع إليه»

وتعرف التأتأة في معجم علم النفس (١٩٨٥) بأنها : »إعادة وصعوبة فى الكلام، ينقطع بسببها الانسياب السلس للكلام، وذلك مع خلال أشكال مترادفة، والتكرار السريع لأجزاء ومقاطع الكلام وتشنجات التنفس أو عضلات الإخراج الصوتية». (مقبل،١٩٨٥).

كما وضعها الزراد (١٩٩٠) بأنها: «نوع من التردد والإضطراب في الكلام حيث يردد الفرد المصاب حرفاً، أو مقطعاً، تردداً لا إرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك المقطع إلى المقطع التالى، وتعتبر التأتأة حالة اهتزازية تشبه حالة اعتقال اللسان حيث يعجز الفرد عن إخراج الكلمة أو المقطع إطلاقاً» .

وتعرف التأتأة في الـ(١٩٩٢) ICD – 10 أنها كلام يتسم بتكرار متكرر وتطويل سواء للأصوات أو للمقاطع أو الكلمات، ويكون إما بترددات متكررة أو سكتات تمزق التدفق النغمى للصوت (عبد المعطى، ٢٠٠١)

أما زكريا الشربيني (١٩٩٨) فيعرف التأتأة بأنها : «تردد وتقطع فى نطق الكلمات، وتوقف في اللفظ والتعبير والصعوبة فى نطق بدايات الكلمات أو حروفها الأولى سواء بالتوقف أو الإطالة فتنقطع الحروف، كما يحدث الترديد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات لفترات قصيرة فتخرج ألفاظ متناثرة وغامضة».

أما DSM-IV (١٩٩٤) فيعرفها بأنها اضطراب فى الطلاقة العادية فى الكلام والتشكيل الزمنى له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف حالة التأتأة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرار الصوت، التطويلات، الألفاظ المقحمة أثناء أنسداد الكلام، سكتات فى الكلام، إبدالات ملحوظة بالكلمة تفادى التقطع والانسداد والسكوت. (عبد المعطى، ٢٠٠١).

أما يوسف (١٩٩٠) فيعرفها بأنها «إعاقة لا إرادية في مجرى الكلام بحيث يعاق تدفق الكلام بالتردد وبتكرار سريع لعناصر الكلام، يرافقه تشنجات فى عضلات التنفس أو النطق».

ويرى جولديموند (Goldaimond) ١٩٩٣أن التأتأة تعزز من خلال إعطاء مكافأة لاهتمامات الشخص أو إزالة التهديد بالعقاب.

ب - أنواع التأتأة:

التأتأة عدة أنواع، هى:

١- **التأتأة الارتقائية** : تكون عارضة عند الأطفال فى مراحل ارتقائية، وهى مؤقتة تظهر عادة بين سن الثانية والرابعة من العمر، وتستمر بضعة أشهر فقط.

٢- **التأتأة المعتدلة** : تبدأ بين ست وثمانى سنوات من العمر، وتستغرق من سنتين إلى ثلاث سنوات.

٣- **التأتأة الدائمة** : تبدأ بين سن الثالثة والثامنة من العمر، وتستمر مدة طويلة، إلا إذا عولجت بأسلوب فعال.

وتعد التأتأة التى تظهر بعد عمر الخامسة أكثر خطورة من تلك التي تظهر في عمر مبكر يصاحب التأتأة عادة بعض التغيرات اللاإرادية على الوجه، مثل: «تعقيدات الوجه، وطرف العين، وبعض الحركات بالأيدى والأقدام، كما قد يصاحبها أيضاً تنفس غير منتظم.

ولقد صنفتها «باى» إلى أربعة جداول عيادية:

١- تأتأة فسيولوجية:

تظهر ما بين ٣ إلى ٦ سنوات، كميكانيزم نفسى دفاعي عند الطفل، يجلب اهتمام الوالدين وإنتباههما، وقد يختفى عند دخوله المدرسة.

٢- تأتأة تشديدية

تتمثل فى الشد على المقطع الأول من الكلمة، أو تكرار الكلمة الأولى فى الجملة.

٣- تأتأة ارتجافية

تتمثل فى تكرار المقاطع الصوتية داخل الكلمات وفى وسط الجمل.

٤- تأتأة مختلطة

تتمثل فيها خصائص النوعين، الأول والثانى.

٥- تأتأة تثبيطية

تتمثل في تثبيط الكلام وعرقلته، ويصاحب ذلك سلوك حركى متوتر، يمس عضلات الوجه ويؤدى إلى احمراره (باى)

جـ - مظاهر التأتأة

تظهر التأتأة على هيئة حركات إرتعاشية، واحتباس توقفى فى الكلام يعقبه الإنطلاق، ويبذل الشخص المتأتىء جهداً شاقاً ليخفف من احتباس الكلام، وعندما تشتد وطأة التأتأة يحرك المريض يداه ويضغط على قدميه ويرتعش ويحرك رأسه ويخرج لسانه من فمه. (الشوربجى).

ومن وجهه نظر كلاً من (فروشلز Froschels) و (شتين Stein) أن المتأتىء يبدأ كلامه عادة على شكل تشنج اهتزازى خالص، ومن ثم يتطور مع تراخى الزمن إلى تشنج اهتزازى توقفى خالص.

وقد استعمل كلاً منهما (فروشلز Froschels) و (شتين Stein) اصطلاح (التشنج الاهتزازى التوقفى) للتعبير عن التأتأة. ويقول (شتين Stein) في وصف

التشنج الاهتزازى التوقفى : إنه نوع من التوتر يسيطر على الحركات أو الارتعاشات أو الاهتزازات التكرارية التى تظهر عليها التأتأة فى أولى مراحله. وكذلك يتحدث (فروشلز Froschels)، عن التشنج التوقفى فيقول: إنه يظهر فى وضوح بعد بداية اللجلجة بنحو سنة، إذ يبذل المتأتىء عند تحريك عضلاته الكلامية جهودا ومحاولات، فتبدو بوادر الضغط على شفتيه وعضلاته الحنجرية، وبذلك تحتبس طلاقة كلامه.

د- مراحل التأتأة:

تتطور التأتأه من مرحلة لأخرى بحيث تكون كل مرحلة أشد خطورة من سابقتها، ويصف بلودستين (Bloodstein) أربع مراحل عامة لتطور التأتأة هى:

المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل المدرسة

والتأتأة فى هذه المرحلة عرضية Episodic وتمتاز التأتأة فى هذه المرحلة بتكرار المقاطع والحروف، ويظهر الطفل فى هذه المرحلة ردود فعله قليلة لعدم الطلاقة فى الكلام، والتأتأة فى هذه المرحلة تظهر عندما يكون الطفل واقع تحت ضغط الكلام. وتتميز هذه المرحلة بما يلى:

- تميل الصعوبة فيها لتكون عارضة، وغير ثابتة، وقد تظهر فى فترة زمنية متفاوتة أسابيع مثلا وشهور وأحيانا أوقات طويلة من الكلام السلس.
- تزداد التأتأة إذا تعرض الطفل لضغوط سواء كلامية أو انفعالية.
- التكرار هو المسيطر على هذه المرحلة، وفى بعض الأحيان يقل التكرار، فتكون فى الكلمة الأولى من الجملة.
- تحدث الانقطاعات فى كل أنواع الكلام، ولا يبالى الأطفال بهذه الانقطاعات فى كلامهم..

المرحلة الثانية

فى هذه المرحلة التأتأة تصبح مزمنة أكثر، والطفل يفكر بنفسه كشخص متأتىء، وتظهر التأتأة فى جزء كبير من كلامه، ويظهر الطفل ردود فعل قليلة للصعوبات

التى يواجهها فى الكلام. وبسبب ظهورها فى سنوات المدرسة الابتدائية يكون الإضطراب فيها مزمنا، ويصبح هؤلاء الأطفال على وعى بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأتأين، وتكثر التأتأة فى الأجزاء الرئيسة للكلام كالأسماء والأفعال والصفات، والظروف بصورة يمكن أن تكون زمنية، وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة صعوبة نطق الكلمة الأولى مع وجود جهد واضح.

المرحلة الثالثة

من سن الثامنة إلى سن البلوغ، وتكون فى الأغلب لدى الأطفال فى سن العاشرة حتى بداية مرحلة المراهقة (الطفولة المتأخرة) وتصبح التأتأة فيها إلى كبير. والتأتأة فى هذه المرحلة تظهر حسب المواقف، ويأخذ الشخص المتأتئ بعين الاعتبار الحروف والكلمات الصعبة أكثر من غيرها، ويستبدلها بحروف وبكلمات أسهل، كما يستخدم المتأتىء فى هذه المرحلة الكلمات البديلة أو استحضار معنى أخر للكلمة، كما يظهر عليه علامات تشير إلى الارتباك، وهو فى المرحلة يظهر توقعا للتأتأة.

المرحلة الرابعة

وتظهر فى مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد، حيث تكون التأتأة راسخة ومتأصلة فى الفرد وتظهر نتيجة القلق والتوتر الذى يصاحب مواقف المواجهة مع الآخرين، فالشخص المتأتىء فى هذه المرحلة يخاف من توقع التأتأة، ويبدى خوفا من الحروف والكلمات والمواقف الكلامية، ويشعر بالخوف والإرتباك وبالحاجة إلى المساعدة.

أما فان رايبر Van Riper فقد وصف ثلاث مراحل لتطور التأتأة، هى:

المرحلة الأولى:

مرحلة التأتأة الأولية Primary Stuttering وتمتاز التأتأة فى هذه المرحلة بتكرارات وإطلالات وإعادات للحروف والمقاطع والكلمات والجمل.

المرحلة الثانية:

المرحلة الانتقالية Transition وتمتاز فى هذه المرحلة بتكرار للمقاطع والحروف وإطلات لها، ويبدأ الطفل بالمقاومة والشعور بالإحباط.

المرحلة الثالثة:

التأتأة الثانوية Secondary stuttering وتمتاز بالمقاومة والشعور بالإحباط والخوف والتجنب.

هـ خصائص التأتأة:

هناك خصائص ثانوية للتأتأة وهى:

يصحب التأتأة سلوك انسحابى (Escaspe) لحظة حدوث التأتأة محاولة للخروج منها، كما يصحب التأتأة سلوك تجنبى (Avoidance) ويرافقها تأثر فى مفهوم الذات يشمل تعامل الشخص مع نفسه بوصفه شخصا يفتقر إلى الكلام الطبيعى، مما يؤدى إلى اتخاذ سلوك ما لتجنب مواقف التأتأة قبل حدوثها.

و- الفروق بين الجنسين فى التأتأة:

بالنسبة للنمو اللغوى، فمنذ الطفولة المبكرة يبدى البنات تفوقا فى اللغة Superiority فى السن الذى يبدأن فيه بالكلام، ويظهر هذا التفوق فى حجم المفردات اللغوية، وفى بناء أو تركيب الجمل، وفى عدد الأصوات الكلامية ... إلخ ، وهناك أدلة تشير إلى أن هذا النمو يستمر فى مراحل الحياة اللاحقة.

ولقد وجد أن التأتأة أكثر انتشارا بين الذكور عنها بين الإناث الصغار ونسبة وجودها وهى ٢ : ١ ولكن تفسير هذا الفرق ليس واضحا إنما (دانلوب Dunlop) يقدم شرحا لهذا الفرق يرجع التأتأة فى الطفل إلى خوفه من أن يقول شيئا رديئا Something bad أو يستخدم بعض التعبيرات غير المقبولة، والتى ربما تجلب العقاب، ولكن الذكور بحكم لعبهم فى الشارع يلتقطون مثل هذه التعبيرات أكثر من الإناث، والخوف يكون أعظم فى حالة الذكور ولكن هذه النظرية فى حاجة إلى مزيد من البحوث قبل قبولها وعلى الرغم من أن كل الأطفال يظهرون نوعا من عدم الطلاقة إلا أن الإحصائيات توضح أن هناك نسبة ٤ : ١ من البنين والبنات يصابون بالتأتأة فالأطفال الذكور أكثر إصابة بالتأتأة عن الإناث.

ومن بين هذه النظريات الشائعة، نظريته السيطرة المخية Cerbral Dominance Theory التى يتزعمها الباحث الأمريكى (ترافس) والتى ترى بأن التأتأة عرض

لاضطراب بيولوجى أو لاضطراب عصبى فسيولوجى داخلى معقد، يتلخص فى أن تحويل طفل أيسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث التأتأة فى الكلام، والأساس الذى قال به أصحاب هذا المذهب يرجع إلى الفرض الآتى:

إن المخ ينقسم إلى شطرين كرويين، ومن خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الأخر، وتكون هذه السيطرة فى النصف الكروى الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى والعكس، وبمعنى أخر فقد وجدت بعض الدراسات باستخدام الرسام الكهربائى للمخ (EEG) أن الذكور الذين لديهم التأتأة وجد لديهم إخماد أو تثبيط (كف) للموجة ألفا بالفص الأيمن أثناء إثارة الكلمات والمهام، أما الذين ليس لديهم تأتأة فلديهم تثبيط وكف بالفص الأيسر، كما أن الذين لديهم تأتأة يظهر لديهم استخدام اليد اليسرى، كما يستخدمون كلا اليدين بمهارة، فهى علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يسارى إلى الكتابة باليمنى ينتج عنه شئ من التداخل فى عمل كل من نصفى المخ الكرويين، ويؤدى هذا التداخل إلى ازدياد سيطرة نصف الكرة اليسارى، فيتعادل شطر المخ فى السيطرة، وينتج عن تعادليهما اختلال يؤدى إلى اضطراب كلام الطفل.

النظريات البيوكيميائية والفسيولوجية:

يرى ويست West بأن التأتأة هى نتيجة لاستعداد وراثى، وقد أكد (West) عام ١٩٥٨ على حالة عدم اتزان الدم - السكر لدى الشخص المتأتىء خلال التأتأة وتربط هذه النظرية فى أبحاث الأيض الأساسى وكيمياء الدم، والدماغ، والتوائم والعوامل الفسيولوجية العصبية.

كما أكدت نظريات أخرى على أهمية التغيرات الدينامية الهوائية والفسيولوجية التى تظهر فى الجهاز الصوتى خلال الكلام والتى تقول بأن التأتأة مشكلة فى التصويت والتنفيس الهوائى والنطق، كما أشارت نظريات أخرى إلى التحويلات الصوتية التى تجعل بداية الكلام صعبة لدى الشخص المتأتئ، وكذلك الحنجرة كعوامل مسببة للتأتأة، وينظر باحثون آخرون إلى أن عدم السيطرة على النشاط الحنجرى يسبب التأتأة.

ويشير كلا من بيركنز وكينت وكورلى (Perkins, Kent and Curlee) عام ١٩٩١ فى النظرية العصبية النفسية اللغوية : Nerou Psycholinguistic Theory بأن الكلام الطلق يتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوى أو الإشارة Paralinguistic Symbol System ويتحكم بهذه النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة تنتهى بنظام مخرجات مشترك، ويتطلب الكلام الطلق اتساق زمنى ودمجى دقيق حتى يحقق النظام المشترك، وإذا لم يحدث الاتساق الدقيق بين العنصرين فإن النتيجة تكون خلل فى الطلاقة ويدرك المستمع فقدان السيطرة أو اضطراب يسمى التأتأة، وقد أضاف أصحاب هذه النظرية عامل ضغط الزمن Time Pressure وهو الضغط الذى يحتاجه المتكلم للبدء والاستمرار أو الإسراع فى الكلام، فإذا كان ضعف فى الضغط الزمنى فإن الفشل فى الطلاقة يكون مؤقت واختلال الطلاقة غير متأتئا.

وكذلك قدم كل من بوستا وكولك (Posta & Kolk) عام ١٩٩٣ نظرية عصبية نفسية لغوية شاملة باستعمال نموذج باستعمال نموذج ليفلت (Levelt) لإنتاج الكلام ويقول أصحاب هذه النظرية أن التأتأة نتيجة لعيب فى لترميز الصوتى للكلام، ويتضح هذا العيب فى عنصر المراقبة لنظام إنتاج الكلام والتى تنتج فى خطأ التقاط الأخطاء ويحاول الجهاز القيام بتصحيح ذاتى لهذه الأخطاء من خلال تنفى مؤقت لهذه العمليات المعقدة وبالتالى إنتاج صوت التأتأة.

وترى النظرية الجينية (Genetic Theory) بأن التأتأة لها أساس وراثى، ويشير البعض من الباحثين إلى أن ٦٥٪ من الأفراد المتأتئين لديهم أحد الأبوين أو الأقارب يتأتئون، بينما لم يجد الباحثون الأخرون أى عامل وراثى وراء التأتأة، بالإضافة إلى أن وجود أقارب يتأتئون لا يعنى بالضرورة وجود أصل وراثى. وطور هذه النظرية ويندل جونسون Wendel Johnson كما سميت بالنظرية النمائية Developmental Theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory Struggle Theory ويرى جونسون Johnson أن تشخيص التأتأة من قبل الأباء يوفر بيئة الفرق والإعاقة حيث يبدأ الطفل بالكلام غير الطبيعى كاستجابة للقلق وللضغوط ولإنتقادات الأباء، حيث يستجيب كل من الأباء والطفل لفكرة الإعاقة أكثر من سلوك كلام الطفل، لفكرة الإعاقة أكثر من سلوك كلام الطفل، ويقول جونسون Johnson أن التأتأة تبدأ فى أذن الأباء قبل فم الطفل.

وتقول نظرية الفشل فى الاتصال (Theory of communication Failure) لصاحبها وبلدستين (Bloodstein) بأن التأتأة نتيجة للفشل فى الاتصال والمحادثة مع أشخاص آخرين كما يفهمها الطفل، حيث تبدأ كإستجابة للتوتر وللتقطع الناتج فى الكلام (Fragmentation) الذى يحدث بسبب الفشل المستمر فى التحدث مع الآخرين فى وجود ضغط فى التفاهم معهم.

نظريات علم النفس:

نظريات العصاب: Neurotic Theories والتى تركز على السمات الشخصية والعوامل النفسية فى تفسير التأتأة، فمن خلال المقابلات والإختبارات الإسقاطية وإختبارات الورقة والقلم فإنه يمكن فهم الشخصية والدينامية النفسية والتكيف الاجتماعى والحاجات اللاشعورية والشخص الذى يتأتئ، فالتأتأة ينظر لها على أنها حاجة إلى الإشباع الفمى والشرجى والتعبير الكامن عن العداء وقمع مشاعر التهديد والخوف من الخصاء Castration والعدوان العدوان والعداء المكبوت، كما ينظر لها على أنها أداة لجذب الإنتباه والتعاطف ووسيلة لمشاعر التهديد والكبت.

النظريات السلوكية: حاول أصحاب هذه النظرية تفسير سلوكيات الفرد سواء العادية وغير العادية فى ضوء عملية التعلم، لذا فهم يعتبرون التأتأة من وجهة نظرهم عبارة عن سلوك يتعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة، الأطفال الصغار فى سن (٣-٤) سنوات يتعرضون لاضطرابات فى طلاقة الكلام خلال ممارساتهم الأولى للكلام لأنهم غير قادرين على نطق الأصوات من جهة ولقلة حصيلتهم اللغوية من جهة أخرى، ويرى Johnson أن عدم الطلاقة المقترن بردود فعل المستمع السلبية تعد المسبب الحقيقى للتأتأة، بمعنى أن الطفل عندما يتكلم وتحدث له التأتأة وينتقد بعنف من قبل الآخرين فإنه يدعم هذا الإضطراب ويدعم حدوثه مرة أخرى، وهذا ما يسمى بالنظرية التفاعلية، وهناك جانب آخر يتسق مع تفسير نظرية التعلم للتأتأة، وهو ما يسمى أثر الثبات أو الإتساق Consistency ويتضمن تعرض الفرد المتأتىء إلى التأتأة فى بعض الكلمات أو فى كلمات معينة دون الأخرى، مما يشير إلى أنه يعرف مسبقا أنه سوف يتأتأ عند تلك الكلمة، الأمر الذى يجعله يتأتأ بالفعل مرة تلو مرة.

وقد حاول السلوكيون تفسير التأتأة على أنها سلوكا متعلما، حيث أرجعه البعض إلى ارتباطه بمثير شرطى (كلام الأخرين) ينتزع استجابة التأتأة من الفرد، بينما أرجعها البعض الأخر لما يحدث للفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التأتأة، كأن يلفت إنتباه الأخرين أو استدرار عطفهم واهتمامهم، كما يعتبره البعض سلوك هروب من مثير غير مرغوب فيه يسبب انفعالات مؤلمة واستجابات سلبية مثل الخجل أو التوتر أو القلق، وبالتالى يمارس التأتأة تجنبا للألم الذى يتعرض له.

نظريات الإشراط الكلاسيكى Classic Conditioning Theories

تشير إلى أن التأتأة هى نتيجة للفشل غير المشروط فى الكلام الطلق بسبب قلق المتكلم حول كلامه، وإذا حدث ذلك فإن الشخص سوف يتأتىء فى أى موقف مثير للقلق، وينظر ولبى (Wolpe, 1958) إلى التأتأة على أنها نتيجة لحالة وظيفية للجهاز الصوتى فهى تتميز بالتوتر الذى يحدث للجهاز الصوتى، كما تعمل التوترات الانفعالية والقلق الاجتماعى على إحداثها وتبين الأشكال (١ – ٢ – ٣ – ٤ – ٥) التسلسل الذى تتطور من خلاله التأتأة وقبل عرضها فإنه يجب توضيح الاختصارات التى تستخدم وذلك على النحو التالى:

SsD = مثير يتطلب الكلام Speech Demand Stimulus.

SAN = مثير القلق غير المحدد Nonspecific anxiety stimulus.

SAAP = الشخص القلق – المثار Anxiety – aversing Person.

SsD ← جهاز صوتى فى حالة الاسترخاء ← استجابة كلام طبيعية.

شكل (١): سلسلة مثير (s) واستجابة (R) فى الكلام الطبيعى.

SsD ← جهاز صوتى فى حالة توتر ← استجابة تأتأة.

SAN ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٢) التأتأة ناتجة عن قلق شديد يؤثر على كلام الشخص غير المتأتئ.

SsD ← جهاز صوتى فى حالة توتر ← استجابة تأتأة.

SAAP ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٣) التأتأة نتيجة القلق من شخص محدد

SsD + SAAP ← استجابات توتر ظرفية للجهاز الصوتى بدون قلق ← استجابة تأتأة.

شكل (٤): التأتأة كاشتراط إجرائى كاستجابة لمثيرين ولا تثير قلق عام لدى الشخص القلق

SsD ← توتر ظرفى مشروط للجهاز الصوتى بدون قلق ← استجابة تأتأة.

SAN ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٥): الحاجة إلى الكلام تثير توتر الجهاز الصوتى ويتأتئ الشخص حتى إن كان وحيدا

وقد أدى تعدد النظريات والآراء التى تفسر حدوث التأتأة إلى تعدد عواملها وأسبابها فهى إما عضوية أو نفسية أو تعليمية وغيرها، وليس من السهل ترجيح إحدى النظريات أو العوامل على غيرها، فالبعض يرى أن توقعات الآباء غير الواقعية تلعب دورا فى حدوث التأتأة فالكثير من الآباء لا يعرفون أن هناك مدى اسع من الفروق فى القدرة على التحدث بطلاقة بين الأطفال فى أعمار مختلفة، وأن هذا يعتبر أمرا طبيعيا، وقد أشارت الدراسات إلى أن استياء الطفل من عدم الحصول على إنتباه والديه، وسيطرة الوالدين، والنقد، والميل إلى الكمال والإهتمام الزائد بالكلام، والحماية الزائدة لأبنائهم، تلعب دورا فى التسبب بالتأتأة لديهم، ويرى البعض الأخر أن استعمال الآباء والأشخاص الآخرين كلمات وجمل طويلة وتعبيرات لغوية معقدة وكلام سريع، يزيد من احتمالية التأتأة عند الطفل عندما يحاول تقليدهم فى الكلمات والجمل والتعبيرات التى يستعملونها، وأشار جونسون (Johnson) إلى أن تغيير البيئة للطفل ومرض الطفل، وإدراك الطفل بأن الأم حامل، وقدوم مولود جديد، قد يؤدى إلى ظهور التأتأة.

ويرجع البعض التأتأة إلى المواقف والظروف التى تثير القلق والتوتر، فقد تظهر التأتأة عندما يحاول الطفل التكلم مع المعلم، أو الموقف الذى يحاول فيه الشخص إخفاء الغضب، وبالإضافة إلى ذلك فإن البعض يرجع التأتأة إلى تدنى مفهوم الذات واعتقاد الشخص بصعوبة الكلمات، وإلى عدم المعرفة الصحيحة بطريقة الكلام والتعبير الصحيح، والمحاولات المشوشة للتكيف مع الأشخاص الآخرين.

كما أن للعامل النفسى دور هام وفعال فى نشوب اضطراب التأتأة، حيث تعتبر النظرية النفسية من أكثر النظريات شيوعا.

وينظر التحليل النفسى (Psychoanalysis) إلى التأتأة بشكل عام، على أنها اضطراب عصابى، يكون فيه اضطراب جزئى فى الشخصية ينعكس من خلال اضطراب فى الكلام، وعليه فالتأتأة ناتجة عن صراعات لا شعورية، وهى محاولة يقوم بها الشخص المتكلم ليشبع حاجة انفعالية لا شعورية، ووسيلة لإشباع حاجات جنسية فمية، وهى وسيلة دفاع يلجأ إليها الشخص للحد من تطور القلق عندما تهدده بعض المثيرات فى الظهور، وعندما يحاول الكلام فإن حركات الفم لديه تكون شبيهة بحركات مص الثدى الأصلية عندما كان رضيعا، ويقول فرويد (Freud) إن الأطفال لديهم أنواع من الجنسية الأولية والتى تشبع عن طريق الرضاعة وأشكال أخرى من السلوك الفمى، وإن الطفل إذا ما فطم بقسوة مبكرا من أم مضطربة انفعاليا فإن بعض الحاجات الفمية تبقى كامنة على شكل كبت يظهر فيما بعد على هيئة صور مقنعة، كالأكل الزائد، والكلام السريع، وأشكال فمية أخرى.

كما يشير البعض أن القدوة السيئة فى الكلام تؤدى إلى محاكاة فقيرة نتاجها بعض الصور من صعوبات الكلام، كذلك حالات الغيرة والمنافسة، أما التأتأة الوقفية فيردها علماء أمراض الكلام إلى عوامل نفسية إجتماعية: كالخوف من التفاهم فى المواقف الاجتماعية أو ما يسمى جزع المواجهة والقلق الناشئ عن توقع النقد من السامع والخوف من التأتأة ذاتها أو من الآراء التى لا تتناسب مع قدرات الأبناء أو وجود جو أسرى غير آمن، أو وجود سمة الشخصية الهستيرية (الانبساطية مع الاستعداد الوارثى للعصاب).

كما أن تعرض الطفل إلى مصادر متنوعة ومستمرة تثير قلقه وتوتره يؤدى إلى التأتأة كالجدال العنيف والمستمر فى الأسرة ويؤدى التوتر المتواصل غالبا إلى ما يعرف بالقلق التوقعى إذ يخاف الطفل مما سوف يحدث عندما يتكلم فيتوتر ويتأتئ، كما يعتبر الإجهاد وعدم الإستعداد والإكراه على التغيير من مصادر زيادة التوتر عند الأطفال، إن ما يعرف بالعصبية والتوتر الانفعالى وحدة مشاعر الطفل وحسده لطفل آخر ورغبته فى جلب إنتباه العائلة، وقلق الطفل نتيجة شعوره بالحرمان وخيبة الأمل لسبب أو لآخر هو السبب العام أو على الأقل السبب المباشر لعيوب الكلام والأكثر انتشارا، وتنظر مدرسة التحليل النفسى (Psychoanalysis) إلى التأتأة بشكل عام على أنها اضطراب عصابى، يكون فيه اضطراب جزئى فى الشخصية ينعكس من خلال اضطراب فى الكلام وتقول أن التأتأة ناتجة عن صراعات لا شعورية.

الأسباب البيئية

هناك عوامل بيئية لها دور كبير وفعال وقاطع فى تنمية التأتأة، ومن هذه العوامل ما يكون مرتبط بالأسرة ومنها ما هو مرتبط بالمدرسة، وهى على النحو التالى:

البيئة الأسرية

إن تعلم اللغة عملية معقدة، ومعظم الأباء يدركون ذلك، إلا أن بعض الأباء يظهرون اهتماما كبيرا وشديدا وقلقا إذا تعثر أطفالهم فى النطق وينتقل هذا القلق إلى الطفل ويعم القلق على علاقته مع والديه وتكون النتيجة قلقا دائما وبالتالى تكون التأتأة، كما أن استعراض القدرة اللغوية للأطفال من العوامل المساعدة لنشوء التأتأة فغالبا ما يميل الأباء إلى الإفتخار بما يستطيع أبناؤهم القيام به.

ويشير رايبر (١٩٧٣) أن إجبار الطفل على الكلام هو أحد أشكال قطع الطلاقة الشديدة وهو على عكس استعراض القدرة اللغوية، فحين يجبر الطفل على الكلام ، فإنه يضطر إلى أن يجيب على تساؤلات ويعلل مواقف لم يفعلها وهذا كله يتطلب منه الكثير من الكلام وبالتالى تحدث التأتأة، وهناك عوامل من شأنها أن تحدث التأتأة لدى الأطفال بسبب الوالدين وهى:

- - تعجل الوالدين على النطق لدى أطفالهم، فى السنوات الأولى دون مراعاة لقدراتهم الكلامية المحدودة.
- استخدام اسلوب التخويف والضرب عندما يظهر الطفل أى انحراف كلامى.
- ارتداد الطفل بعد سن الرابعة إلى الطريقة الطفلية بتشجيع من الوالدين، وذلك نتيجة التدليل حين يأتى طفل جديد للأسرة.
- إهمال الوالدين للطفل وافتقاره للعطف والحنان والرعاية الأبوية.
- تعليم الطفل لغات متعددة فى وقت واحد، بحيث لا يفكر الطفل فى اللغة ولا يركز عليها.

البيئة المدرسية:

تشكل المدرسة عاملا مهما فى ظهور التأتأة، حيث تمثل فى الغالب جوا مناسبا لتثبيت عدم الطلاقة الطبيعية، فالمدرسة يقضى الطفل فيها وقتا طويلا فيكون فيها ميدان التنافس وتنمية الذات والثقة بالنفس والتواصل مع الأخرين، ولكن إذا وجدت الممارسات الخاطئة فى المدرسة فمن شأنه أن ينمى التأتأة لدى الطفل وذلك من خلال التنافس غير السليم ويشعر الطفل بالنقص والإحباط نتيجة تميزأقرانه عليه وعدم قدرته وكفايته، وبالتالى يصاب بالقلق والتوتر والخوف وهذا يساعد فى تثبيت وتنمية التأتأة كما أن الإمتحانات والقلق المصاحب لها دورا أيضا.

ومن أبرز العوامل فى هذا البعد:

- الطريقة التى يستخدمها المعلم مع المتعلم سواء تجنبه الإجابة كى لا يسبب له حرج أو مقاطعته فى الإجابة لتأخره بسبب التأتأة، وكلاهما من شأنه أن ينمى ويثبت اضطراب التأتأة.
- تعامل المعلمة مع المشكلة، كأن يكون هناك حرص وتدليل ومراعاة شديدة للطفل، وهذا من شأنه أن يجعل الطفل يستخدمها كسلاح للفت إنتباه الأخرين واستدرار عطفهم.
- الإخفاق فى التحصيل الدراسى من شأنه أن يساعد فى تنمية وتثبيت التأتأة.

ح- معدل انتشار التأتأة

لوحظ انتشار التأتأة فى البنين أكثر منها فى البنات؛ ولعل ذلك راجع إلى أن القدرة اللفظية Verbal Ability لدى البنات أقوى منها بوجه عام لدى البنين، وهذا مما يؤكد أثر اختلاف الجنس؛ كما لوحظ أن نسبة التأتأة تزداد مع تقدم العمر، وبناء على أبحاث كلا من (بوم) و (ريتشر دسن) وجد أن نسبة التأتأة بين تلاميذ المدارس تختلف من إقليم لآخر، ففى الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك فى إنجلترا لاحظا أن النسبة العامة للتأتأة بين البنين والبنات هى ١٪ بينما ترتفع هذه النسبة إلى ٢٪ فى بلجيكا.

وبصفة عامة تنتشر التأتأة بنسبة (١٪) تقريبا من عامة الناس وأغلبهم من الأطفال - إذ يميل هذا الإضطراب لأن يكون أكثر شيوعا لدى الأطفال الصغار وفى العادة يختفى لدى الأطفال الأكبر سنا والراشدين، كما ينتشر الإضطراب بمعدل (٣-٤٪) من الذكور لكل أنثى، كما أن التأتأة أكثر انتشارا فى المجتمعات الراقية أو المتقدمة عنها فى المجتمعات البدائية أو المختلفة.

وعلى الرغم من أن التأتأة تظهر فى أى عمر فإن أكثر من (٥٠٪) من المصابين بها يبدون التأتأة فى مرحلة مبكرة من الحياة، فقد تظهر فى مرحلة اكتساب اللغة أو فى السنة الثالثة التى يحاول الطفل فيها زيادة حصيلته اللغوية من الكلمات والجمل واستخدام اللغة لمخاطبة الأخرين، بينما باقى الحالات لا تستمر التأتأة معهم أكثر من سنتين، ويطلق على هذه الحالات تأتأة النمو أو التأتأة الفسيولوجية أو الأولية وهى تعتبر طبيعية لدى الأطفال سببها النضج غير الكامل لجهاز الكلام، كما تشيع بداية التأتأة عند نسبة الأطفال سببها النضج غير الكامل لجهاز الكلام، كما تشيع بداية التأتأة عند نسبة تصل إلى (٣٠٪) من الحالات فى المدرسة، وهناك حوالى (٤٠٪) من الأطفال الأسوياء يتأتؤن أو يتلعثمون فى الكلام فى يوم معين من الأسبوع مثل يوم بداية الأسبوع أو اليوم الذى يلى العطلة أو عند سؤال المعلم لهم أو عند فراق الأم، كما وجد أن الذين لديهم تأتأة أقارب من الدرجة الأولى بنسبة (٥٠٪).

ط- الخصائص النفسية للمتأتىء

يرجع الاهتمام بدراسة الخصائص النفسية لدى المتأتىء باعتبار أن التأتأة مشكلة ذات جذور نفسية أو شخصية، وقد أجريت العديد من الدراسات التى اهتمت بالخصائص النفسية لدى المتأتىء، وقد أشارت هذه الدراسات إلى أن المتأتئين يتصفون بالخصائص التالية: سوء التوافق، عدم التكيف، والشعور بعدم الأمن، والخجل وسهولة الاستثارة، والحساسية المفرطة، والتوتر وتوقع الرفض من قبل الآخرين، والإنطوائية، عدم الثبات الانفعالى، الانخفاض فى مستوى الاستقلالية الذاتية والتوافق الذاتى والمهارات الاجتماعية، ظهور أعراض عصبية، الكبت، السلوك الواسواسى القهرى، الانخفاض فى وظيفة التحكم العقلى، المبالغة فى ردود الفعل، أحلام اليقظة، مشاعر القلق والضغوط النفسية، الرفض للذات، اضطراب الهوية وعدم القدرة على الحصول على هوية إيجابية، نقص روح المبادرة، اتجاهات عدوانية نحو الذات والآخرين.

وعموما يمكن أن يكون لتلك الخصائص تأثيرات سلبية على شخصية المتأتىء ويمكن أن تؤثر على إقامته علاقات سوية مع الآخرين، ويمكن أن تمثل حواجز تمنعه من تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى السليم والفعال، كما يمكن أن يكون لها أثار سلبية على الإنجاز التربوى لدى الطفل المتأتىء.

تشخيص التأتأة:

كثير من الأطفال قد يتعثرون فى كلامهم، بيد أنهم يتخطون ذلك ويتحسن كلامهم مع تقدمهم فى السن، بينما البعض الأخر يستمر التعثر لديهم رغبة كبر سنه، وهنا يلزم دراسة الحالة لهؤلاء الأطفال بدقة، وتقييم كلامهم لتحديد خصائص اضطراب الكلام لديهم بما فى ذلك من توقف وتكرار ومداه ودرجته ومصحابته العضوية والنفسية.

وكلما كان التقييم دقيقا كلما كان ذلك عاملا مساعدا فى نجاح العلاج، لذلك هناك اعتبارات لابد من الأخذ بها كى نتوصل إلى النتائج المتوخاة وهى:

- كل حالة لها خصوصيتها فلا نستعجل فى إطلاق النتائج قياسا بحالات أخرى.

- بناء جسر من المواد بين المعالج والمصاب لما فى ذلك من دفع بالعملية العلاجية.
- التقييم عملية مستمرة، فعلى المعالج أن يكون متيقظ الفكر والذهن، وعليه أن يتحسس الطريقة العلاجية ومدى فعاليتها ومناسبتها للمصاب.

أ- الأعراض المصاحبة لاضطراب التأتأة:

وهناك اضطرابات مصاحبة لاضطراب التأتأة، حيث يظهر المصابون بالتأتأة توقعا متخوفا واضحا من التأتأة، فهم يخافون الكلمات والأصوات والمواقف، ويشيع بينهم إبدال الكلمات، والدوران حول المعنى وتجنب المواقف المتطلبة كلاما، ويظهرون شواهد من الخوف والارتباط مثل تجنب المواقف المتطلبة كلاما، ويظهرون شواهد من الخوف والارتباك مثل تجنب المواقف المتطلبة كلاما، ويظهرون شواهد من الخوف والارتباك مثل تجنب كلمات وأصوات معينة، كذلك تغميض العينين عند الكلام، كما يظهر المتأتىء حركات عشوائية فى الوجه وذلك فى حالة التأتأة التشنجية أو الانقباضية، وحركات لا إرادية فى اللسان والفكين وبذلك الجهد لإستنشاق الهواء عن طريق الفم بمجرد بدء الكلام، كذلك تشنج الجسم وتقلص الحنجرة وإفراط فى افراز العرق وشحوب الوجه وارتعاش الشفتين، كما يظهر اضطراب قلق والاكتئاب لدى المتأتىء، وخصوصا فى التأتأة المزمنة، كما تتضمن الإضطرابات المصاحبة اضطرابات صوتيا، واضطراب اللغة الاستقبالية والمختلط، واضطراب نقص الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

ب- تشخيص التأتأة:

أما بالنسبة لعملية التشخيص فتكون على النحو التالى:

١- دراسة الحالة:

بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة من خلال النماذج المعدة مسبقا المتوفرة، ثم اللجوء إلى المقابلة الشخصية المباشرة مع المصاب إذا كان راشدا، أما إذا كان طفلا فيكون اللقاء مع الوالدين ثم مقابلة الطفل، ويكون الهدف من المقابلة جمع معلومات حيوية عن الإضطراب من حيث بداية التأتأة وتطورها والسبب فى رأى

المصاب أو والديه إذا كان طفلا والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات الشخصية ،وكل معلومة يرى المعالج والمصاب أو والديه فى حالة كونه طفلا أن لها دورا فى العملية التشخيصية والعلاجية.

٢- فحص الكلام:

وهنا يكون فحص لعينة الكلام لدى المصاب وذلك من خلال الحديث المباشر مع المصاب إذا كان بالغا، حيث يعطينا هذا الأسلوب الحوارى فكرة كاملة عن نوع الإضطراب والأعراض المصاحبة له وردود الفعل الإنعاكسية لدى المصاب، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهنا نتعرف عن قرب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما وتعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للاضطراب.

ويجب أن تعرف على ما إذا كان هناك اضطرابات لغوية أخرى لدى الطفل، ومدى تأثيرها على التأتأة إذا وجدت لأن هذا من شأنه أن يؤثر على سير العلاج ، ولأنه مع ظهور مشكلة التأتأة عادة ما يكون المتأتىء باستخدام بعض الأليات أو المظاهر لمحاولة تفادى التأتأة أو محاولة التخلص منها، وهذه المظاهرة غالبا يشار لها بالأعراض الثانوية المرتبطة أو المصاحبة للتأتأة، ومن هذه الأعراض الفسيولوجية حركة الشفاه وارتعارشات الوجه واهتزاز الرأس واضطراب التنفس ورمش العين.

جـ- المحكات التشخيصية للتأتأة:

لا توجد طريقة أفضل وأدق من غيرها لتقييم التأتأة وتختلف الطرق المستحدمة باختلاف الأشخاص، ويعود التباين فى طرق التقييم وفقا للإعداد النظرى والتدريب المهنى لأخصائى أمراض الكلام وللغة وإلى أسلوب الأخصائى. كما يتطلب تشخيص التأتأة من أخصائى التخاطب أن يكون حساسا للعديد من العوامل، فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل يعيد كلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يطيل أو يقاوم الكلام، وكذلك فمن الضرورى تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسببة للتأتأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع، كما تساعد هذه المعلومات فى التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعى والتأتأة فمن المتوقع أن يظهر الطفل

اختلال طلاقة طبيعى خلال مرحلة تطور الكلام وهى الكلام وهى تكون بذلك مظهرا طبيعيا فى السلوك الكلامى.

ويشتمل المعيار الذى يشير إلى وجود مشكلة التأتأة على ما يلى:

١- تكرار لجزء من الكلمة فى شكل وحدتين أو أكثر لكل تكرار وبنسبة ٢٪ أو أكثر من الكلمات المنطوقة، وزيادة سرعة التكرارات، والتوتر الصوتى.

٢- إطالات أطول من ثانية واحدة لكل ٢٪ أو أكثر من الكلمات المنطوقة وزيادة النهاية المفاجئة للإطالات فى طبقة الصوت وعلوه.

٣- وقفات إجبارية وترددات أطول من ثانيتين فى تدفق الكلام.

٤- حركات الجسم واهتزاز الرأس وارتعاش الشفاه والفك وعلامات مقاومة مرتبطة باختلال الطلاقة.

٥- ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبه مرتبطة بالكلام.

٦- استخدام الكلام كسب للأداء الضعيف.

٧- تباينات فى تردد وشدة تشوه الكلام مع تغيرات فى المواقف الكلامية.

وتستخدم هذه المعايير السبعة فى التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات يميز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعى.

وأورد (1994) DSM-IV عدة محكات لتشخيص التأتأة:

أ- اضطراب فى الطلاقة العادية وطول الكلام الذى يكون غير مناسب لعمر الفرد، ويتسم الإضطراب فى الطلاقة بالتكرار لواحد او أكثر مما يلى:

١- تكرار الصوت أو المقطع.

٢- تطويل الصوت.

٣- كلمات مقتحمة أثناء الكلام.

٤- كلمات متكسرة، سكتات داخل الكلمة.

٥- السدة السمعية، بحيث يسكت خلال الكلمة.

٦- الدوران حول المعنى.

٧- كلمات تنطق بزيادة توتر جسمي.

٨- تكرار الكلمة الواحدة ذات المقطع.

ب- تداخل الإضطراب فى الطلاقة الكلامية مع التحصيل الأكاديمى أو التواصل الاجتماعى.

وفى حالة وجود عجز حسى أو حركى كلامى تكون الصعوبات الكلامية أكثر عند اقترانها بهذه المشكلة، وكذلك الحالة العصبية.

أما رامج فقد حدد تسعة معاير لتقييم الطفل الذى يعانى التأتأة وأكد أن ظهور أى منها يعتبر علامة ومؤشرا إلى ضرورة تقييم الطفل من قبل اخصائى أمراض الكلام واللغة لتحديد فيما إذا كانت تأتأة أم لا، والتدخل المبكر يعتبر ضروريا للوقاية منها وإجراء التدخلات السريعة لمنع تحولها إلى مشكلة حياتية.

١- تكرارات متعددة لجزء من الكلمة وإعادات للحرف الأول أو المقطع الأول للكلمة.

٢- إطالات الصوت.

٣- إبدال نهاية الصامت (e) بصائت ضعيف محايد.

٤- المقاومة والتوتر خلال محاولة الكلام خصوصا فى بداية الجمل، ويظهر التوتر العضلى فى منطقة الشفاه والرقبة للطفل الذى يحاول الكلام كما يتسم الكلام المستمر بالشد والتوتر.

٥- ارتفاع طبقة الصوت وعلو الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات.

٦- ارتعاش الشفاه وحتى ربما اللسان عندما يتوقف الطفل عن الكلام أو يعيد أو يطيل الأصوات أو المقاطع اللفظية.

٧- ظهور سلوكيات تجنبية والإحباط لدى الطفل المصاب بالتأتأة نتيجة لكلامه. كما يظهر عدد من الوقفات غير المألوفة وإبدال للكلمات

وتداخل فى الأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل هذا إضافة إلى تجنب الحديث.

٨- الخوف من الكلام ناتج عن وعيه وإدراكه للمشكلة الكلامية وبالتالى فإنه يظهر الخوف لتوقع التأتأة أو لخبرة سابقة.

٩- صعوبة فى ابتداء الكلام أو الصوت والمحافظة على تدفق الهواء اللازم للكلام، ويظهر ذلك عند محاولة الكلام فى بداية الجملة أو بعد حدوث وقفه طبيعية فى الكلام لدى قراءة الجملة، كما يظهر عدم انتظام التنفس ويتدفق الكلام بسرعة بسبب مقاومة الطفل للمحافظة عليه.

مستويات التأتأة:

- عدم الطلاقة الطبيعية من ١,٥ – ٦ سنوات: فى هذا المستوى لا تزيد التوقفات عن عشرة أخطاء فى المائة كلمة، مع وجود نمط إعادة الوحدة الصوتية الواحدة وهى الصوت، إضافة إلى وجود الحشوات بين الكلمات، وإعادة للكلمة الواحدة.
- مرحلة الخط الفاصل من ١,٥ – ٦ سنوات: فى هذا المستوى تزيد الأخطاء والتوقفات عن عشرة أخطاء فى المائة كلمة، ووجود أنماط إعادة يزيد عن وحدتين صوتيتين، وتكثر الإطالة والإعادة أكثر من الحشو، إضافة إلى وجود عبارات غير مكتملة، ويظهر على الطفل على الطفل الاسترخاء فى حالة التأتأة، ولا يظهر لدى الطفل ردة فعل تجاه التأتأة.
- التأتأة الأولية من ٢ – ٨ سنوات: فى هذا المستوى يظهر على الطفل شد فى العضلات وسرعة فى الكلام، وإعادة سريعة وغير منتظمة للكلام، ويبدأ ظهور العمليات الانسحابية أثناء عملية التأتأة وهنا يعنى الطفل عدم طلاقته الكمية لذلك يشعر بالإحباط.
- التأتأة المتوسطة من ٦ – ١٣ سنة: فى هذا المستوى تكثر التوقفات، ويمكن أن يكون هناك بعض التكرار والإطالة، وعندها يستخدم الطفل سلوك الانسحاب للتخلص من الأنحباس والتوقف لحظة التأتأة ويشمل ذلك هز الرأس وحركات الوجه كرمش العيون، وتحريك الأطراف، ويبدأ

الطفل باستخدام أسلوب التجنب للتأتأة قبل حدوثها، وهنا يشعر الطفل بالخوف قبل التأتأة والارتباك أثناءها ويصاب بالخجل بعدها.

- التأتأة المتقدمة من ١٤ سنة فما فوق: فى هذا المستوى تكثر الإطالة وتكون التوقفات مصاحبة لرجفة فى اللسان أو الشفاه أو الفك، عندما يستخدم المتأتى التجنب الكامل حتى لا يقع فى التأتأة كما يستخدم أنمط معقدة من التجنب أو الانسحاب، وتكون عواطفه بين الخوف والدهشة والارتباك وهنا يكون تقديره منخفضا لذاته.

هذا العرض سيكتمل بالرؤية العلاجية لاضطراب التأتأة فى الفصل القادم.

(٢) اضطراب التلعثم:

يتعسر أحيانا الكلام على كثير من الأشخاص فتكثر فيه وقفات أثناء الحديث وتتكر فى مقاطع غير مناسبة ويسمى هذا بالتلعثم ويبدو على المتلعثم أن لسانه قد انعقد عن الكلام فيجد صعوبة فى نطق بعض الحروف أو الكلمات والتلعثم من أكثر علوم الإضطرابات والتخاطب دراسة إلا أنه أقلها فهما وهو يصيب بعض أفراد المجتمع، وقد اختلف العلماء حول تعريفه ومعرفة أسبابه.

والواقع أن التلعثم كما يعرفه هيرلوك (Hurlock) أنه حالة من التوقف أثناء الكلام ترافق عملية التأتأة، يكون فيها الشخص المتأتى، غير قادر على إخراج الأصوات، يتبعها مباشرة وبشكل مفاجئ انسياب الكلام .

ويشير ريبار (Rebar) إلى أن التلعثم هو التوقف أثناء الكلام، وهو شكل من أشكال التأتأة، ويرى اتكنسون (Atkinson) بأن التلعثم هو التوقف أو الانقطاع فى التيار الهوائى أثناء الكلام، بينما يرى كل من شيفر وميلمان، بأن كل من التأتأة والتلعثم كلمتان تستخدمان كمترادفتين، وتعنيان اضطرابات فى الإيقاع الصوتى، حيث لا يكون انسياب الحديث متصل.

أعراض التلعثم

من أهم أعراض الشعور بالحرج وتفادى الحديث مع الآخرين أو تجنب الدخول فى مواقف أخرى خصوصا عندما تكون درجة الإعاقة شديدة يظهر معها بعض

الحركات اللاإرادية فى الوجه واليدين والقدمين وإغماض العينين وفتح الفم والشد على قبضة اليد أو على اللسان داخل الفم وذلك اعتقادا من المتلعثم بأن هذا يساعد على إخراج الكلام والتحدث بطلاقة وفى كثير من الأحيان تكون أجهزة التنفس والصوت والكلام سليمة فى البنية والوظيفة على الرغم من حدوث التلعثم.

مراحل ظهورها:

وتبدأ اضطرابات التلعثم فى أغلب الأحيان فى سن ما قبل المدرسة ويقل ظهورها فى سن متأخر وعندما يظهر التلعثم فى سن متأخرة فهو إما أن يكون لأسباب مكتسبة نتيجة لإصابات دماغية وهذا النوع نادر جدا أو أنه قد بدأ مبكرا لفترة وجيزة ثم عاود الظهور مرة أخرى، وتختلف طبيعة التلعثم بدرجاته من فرد إلى أخر حيث يبدو من الصعب التعرف عليه أحياناً عند بعض المرضى إلا أنه قد يكون شديدا مما يتعذر أحيانا على المستمع فهم المعنى الذى يريد المتلعثم إيصاله.

مراحل تطور التلعثم:

وقد قسم بلودشتين Blood stein تطور التلعثم إلى أربع مراحل:

١- يحدث التلعثم غالبا بصورة عرض، كما تحدث خلال هذه الفترة نسبة كبيرة من الشفاء التلقائى.

٢- تلعثم الطفل عندما يغضب أو حين يتعرض إلى بعض الضغوط النفسية.

٣- يكون أغلب العرض فى صورة تكرار غالبا ما يكون فى المقاطع الأولية للكلمة وأحيانا فى كل كلمة.

٤- يحدث التلعثم فى بداية الجملة.

٥- غالبا يحدث التلعثم فى الكلمات ذات المقطع الصغيرة مثل الضمائر وحروف الجر وأدوات الربط.

٦- لا يدرك الطفل أنه متلعثم ولا يصف نفسه كمتلعثم.

المرحلة الثانية:

١- طول التاريخ المرضى للتلعثم كعرض حتى أصبح العرض مستتبا.

٢- التلعثم فى الكلمات ذات المقاطع المتعددة مثل الأفعال والأسماء والصفات مع عدم اقتصار التكرار على الكلمة الأولى من الجملة وحدوثها فى جزء من الكلمة وليس كل الكلمة.

٣- ازدياد التلعثم فى المواقف الصعبة أو عند التحدث بسرعة.

٤- عدم اكتراث الطفل بتلعثمه بالرغم من اعتبار نفسه متلعثما.

المرحلة الثالثة:

١- ظهور التلعثم فى بعض المواقف والتى تختلف من متلعثم لأخر ولكن أكثر المواقف التى يظهر فيها التلعثم هى عند التحدث مع الغرباء أو التليفون أو أثناء وجود الطفل فى الفصل الدراسى.

٢- وجود صعوبة فى نطق أصوات أو كلمات معينة.

٣- يبدأ المتلعثم فى إبدال كلمة بأخرى والتهرب من كلمات معينة.

٤- عدم وجود تفادى فى مواقف الكلام.

المرحلة الرابعة:

تضم هذه المرحلة الراشدين بالرغم من وجود بعض الحالات فى سن الطفولة فى عمر ست سنوات وتتميز هذه المرحلة بالآتى:

١- ظهور الخوف عند توقع التلعثم وهذا الخوف يتمثل فى حذف الكلمة أو الصوت أو الموقف.

٢- إبدال متكرر للكلمات والتهرب منها.

٣- تفادى لمواقف الكلام مع وجود خوف وارتباك وهذا يؤدى إلى عزلة المتلعثم اجتماعيا.

نظريات تفسر أسباب التلعثم:

١- **النظرية السلوكية**: توضح أثر تعزيز بعض الآباء للعثرات الطبيعية التى يقع فيها الأطفال بغض النظر عن عدد المرات التى تكرر فيها المقاطع أو نوعها، ويكون التعزيز إيجابيا عندما يعطى الطفل اهتماما فى اللحظات

التى يتعثر فيها طلاقة الكلام، اى أن يلقى استحسانا من الوالدين فيعاود الطفل تكرار العثرات حتى تصبح عادة، وأحيانا يكون التعزيز سلبيا حيث يواجه الطفل بنوع من الرفض أو عدم الرضا عن الطريقة التى يتحدث بها مما يؤدى إلى صعوبة الكلام وتفادى الحديث والقلق أيضا ويؤدى الشعور بالقلق إلى حدوث اضطرابات فى تكوين التفكير اللازم لحدوث كلام واضح ومفهوم.

٢- كما تلعب السيادة المخية دورا هاما فى النظرية العضوية التى تفسر حدوث التلعثم.

٣- **النظرية العصابية (النفسية)**: وهى تفسر التلعثم على أنه تعبير عن حالة القلق الذى يعانى منه المتلعثم ويتميز السلوك العصابى بخصائص منها شعور غير محبب، عدم القدرة على تقبل هذا الشعور أو ظهور سلوك يعبر عن هذا الشعور وينشأ القلق الذى يشكل جزء كبير من السلوك العصابى عند وجود صراع قوى بين احتياجات مضادة ولا يجد الشخص حل لهذا الصراع.

وقد أثبتت دراسات تجريبية كثيرة أن شعور الأطفال بالخوف وانعدام الأمن فى مواقف التنشئة الاجتماعية ينشأ عند التلعثم فقد نلاحظ:

أ- إفراط الأبوين ومغالاتهما فى رعاية طفلهما وتدليله.
ب- محاباة الطفل وإيثاره بالتدليل.
ج- افتقار الطفل إلى عطف أحد أبويه ورعايته.
د- التعس والشقاء الأسرى.
هـ- تعارض الإتجاهات وكثرة الخلافات فى الأسرة.
و- إجبار طفل أيسر على استعمال يده اليمنى.
ز- انخفاض التحصيل الدراسى.
ح- كبت رغبات الطفل.
ط- حقد الطفل على المحيط الدراسى.

كل ذلك يفضى إلى صراع نفسى وانعدام الأمن الداخلى وبالتالى اضطرابات الكلام، وإن كان هذا الإضطراب المسبب للصراع النفسى غير متأصل فى العقل الباطن.

٤- النظرية العصبية: مفادها أن التلعثم يحدث نتيجة اضطرابات فى وظائف الأعصاب التى لها علاقة بالكلام كما أن العامل الوراثى يلعب دورا كبيرا فى عملية التلعثم.

نظريات وأسباب مشكلة التلعثم فى الكلام:

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب التلعثم غير معروفة على وجه التحديد، وتختلف على حسب الحالات والفئات العمرية والبيئات ومعظم هذه الأسباب ترجع إلى عوامل عضوية أو نفسية، وجميع هذه الأسباب متداخلة بعضها ع البعض الأخر، كما أن ثنائية اللغة أو نفسية، وجميع هذه الأسباب متداخلة بعضها مع البعض الأخر، كما أن ثنائية اللغة أو تعدد اللغات لدى الطفل تساعد على حدوث التلعثم كما يشير بعض العلماء إلى وجود علاقة ارتباطية بين التأخر اللغوى وظهور التلعثم لدى الأطفال.

وهكذا يختلف الباحثون فى تحديد الأسباب التى تؤدى إلى التلعثم، فمنه من يرجعها إلى أسباب فسيولوجية، ومنهم من يرجعها إلى أسباب نيرولوجية، ومنهم من يرجعها إلى إصابة جزء من المخ أو إلى تغيرات كيميائية، وأساليب التنشئة الخاطئة.

ويتفق الباحثون فى الأونة الأخيرة على دور المؤثرات الوالدية والعوامل البيئية والنفسية فى إحداث التلعثم لدى الأطفال، ويتأثر الطفل المتلعثم بالمعاملة التى يتلقاها من حوله، خاصة من جانب الأباء والأمهات، على أساس أنه ينقصهم المهارات المهنية والتربوية فى معاملة أطفالهم سواء العاديين أو المضطرين كلاميا.

وهكذا اعتبر الباحثون فى مجال علم النفس وعلم أمراض الكلام مشكلة التلعثم لا تزال لغزا محيرا ومحورا للجدل والخلاف خاصة فيما يتعلق بالأسباب وبالتالى طرق وأساليب العلاج.

نظريات التلعثم:

على الرغم من توافر كثير من المعلومات حول مشكلة التلعثم إلا أن تقسيم التلعثم إلى نظريات لتفسيره يعد عملية صعبة نظرا للتداخل الكبير فيما بينهما، وفيما يلي عرض موجز لأهم النظريات التي تفسر مشكلة التلعثم في الكلام.

أولا: النظريات الوراثية:

يفسر أصحاب الاتجاه الوراثي التلعثم على أساس أنه استعداد وراثي يجعل صاحبه معرضا للإصابة بالتلعثم، خاصة إذا واجه مواقف وصدمات نفسية حادة، إلا إن المحتمل حتى الآن أن الوارثة عامل ممهد وليست عاملا مسببا لإحداث التلعثم.

وجدير بالذكر أنه لا يوجد دليل قاطع على أن سبب التلعثم وراثي بحث، وإنما تشير وتؤكد نتائج الدراسات والبحوث السابقة إلى التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية كسبب من أسباب التلعثم في الكلام.

وحول تفسير أسباب التلعثم كتب «جيميسون» Jameson و«جونسون» Johnson عن أهمية الوارثة لا تعدو عن كونها عوامل ممهدة للإصابة بالتلعثم وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن التلعثم به جزء وراثي على الأقل، وأنه يصعب الفصل بين دور العوامل الوارثية والبيئية في أحدث التلعثم، وهنا يتفق الباحث مع الباحثين في ضرورة الأخذ بالجانب الوراثي في الاعتبار عند تفسير مشكلة التلعثم في الكلام خاصة إذا لوحظ انتشار هذه المشكلة داخل أفراد الأسرة الواحدة.

ثانيا: النظريات العضوية:

قد يتلعثم الطفل في الكلام نتيجة نقص أو خلل في الجهاز العصبي المركزي أو إصابة المراكز الكلامية في المخ، كما أن الشفة والشق الحلقي وأي عيوب في الأسنان واللسان والتجويف الفمي من شأنها أن تساعد في حدوث التلعثم في الكلام.

وعلى هذا الأساس يمكن تفسير مشكلة التلعثم في ضوء النظريات العضوية على النحو التالي: التلعثم والتركيز على العيوب النيورفسيولوجية.

- نظرية السيادة المخية Cerebral Dominance Theory
- نظرية اضطراب التغذية السمعية المرتدة (نظرية رجع الصدى أو الأثر المرتد).
- النظرية البيوكيميائية.
- نظرية إخراج الصوت Vocalization theory.
- نظرية دورة ألفا المستثارة Alpha Excitability Cycle Theory.

ثالثا: النظريات النفسية:

يرى بعض الباحثين أن التلعثم حالة عصابية بسبب الصراع النفسى وعوامل الحرمان، العاطفى، ويرى البعض أن التلعثم عرض سيكوسوماتى، وقد يرجع إلى كبت الميول العدوانية وهناك تفسير يرى أن التلعثم حالة من حالات الاستدخال أو التوحد وشكل من أشكال التطابق الهستيرى، ويرى آخرون أن التلعثم بمثابة عرض هستيرى تحويلى، وهناك من يفسر التلعثم على أنه نكوص إلى مراحل الطفولة، ويؤكد علماء التحليل النفسى أن التلعثم ما هو إلا عرض عصابى تكمن وراءه الرغبة الشعورية فى الكلام والحاجة اللاشعورية إلى عدم الكلام.

وعلى الرغم من أن الإكلينيكين وغيرهم قد اعتبروا أن القلق مرتبطا بالتلعثم أو أنه سبب له أو أنه رد فعل انفعالى أثناء كلام المتلعثم، إلا أن العلاقة بين التلعثم والقلق لا تزال محل خلاف وجدل بين الباحثين.

كما أشار كل من «ميللروواطسون» Miller's and Watson، (١٩٩٢) إلى وجود أعراض القلق والإكتئاب لدى المتلعثمين بالمقارنة بغير المتلعثمين، ولكن هذا الإختلاف لا يظهر فى حالات التلعثم الشديد.

وتمثل نظرية التعلم Learning Theory مجموعة أخرى من النظريات التى وضعت لتفسير التلعثم، لأن العديد من أعراض وخصائص التلعثم توضح أثر التعلم مثل الخوف من اللوم فى مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، فالتلعثم توضح أثر التعلم مثل الخوف من اللوم فى مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، فالتلعثم طبقا لهذا المنظور السلوكى عبارة عن سلوك مكتسب عن طريق محاكاة أو تقليد الأخرين، أو عن طريق تعزيز مواقف التلعثم

لدى الأطفال من خلال الآباء (مواقف الضرب والقسوة والحرمان) مما يؤدى إلى التلعثم فى الكلام عند المواجهة كشكل من أشكال التوافق خوفا من العقاب.

وهكذا تؤكد معظم الدراسات على أن التلعثم استجابة متعلمة فى بعض الأحيان نتيجة للضغوط الانفعالية والمؤثرات البيئية، وهنا يظهر العامل النفسى كدليل على سوء التوافق الاجتماعى والانفعالى، فالتكرار أو الإطالة فى الكلام نتيجة للانفعالات السلبية؛ لذلك يحاول العلماء إضعاف وخفض الانفعالات عند تصميم برنامج علاجى لخفض التلعثم.

وفى ضوء ما سبق نلاحظ مدى تعدد وتداخل الأسباب النفسية التى تكمن وراء مشكلة التلعثم فى الكلام، خاصة فيما يتعلق بالإحباط والتوتر والخوف والعدوان والصدمات النفسية المفاجئة ، لذلك تعددت التفسيرات النفسية لهذه المشكلة من جانب علماء التحليل النفسى ومن جانب أنصار نظريات التعلم والمنظور السلوكى، وفسر كل اتجاه التعلثم حسب مبادئه النظرية ومن ثم نجد أن جميع الاتجاهات والنظريات تبحث فى شئ واحد وهو الكشف عن أسباب ومصادر التلعثم فى الكلام.

رابعا: النظريات الاجتماعية والبيئية:

إن عملية النطق عبارة عن نشاط إجتماعى يصدر عن الفرد، ومن ثم فالكلام بمثابة أداة استقلال وتوسيع لدائرة التعامل مع الآخرين، ومن هنا تظهر ضرورة دراسة النظريات الاجتماعية والبيئية لمعرفة دورها فى إحداث مشكلة التلعثم فى لكلام، على أساس أن كثير من مظاهر التوافق والإضطراب ترجع إلى نوع العلاقات والتفاعلات الوالدية داخل المحيط الأسرى.

ويرى « فريما» Freema (١٩٨٢) أن تعدد النظريات والأسباب التى تفسر سلوكا معينا قد يسبب نوعا من الإضطراب والتداخل، ولكنها قابلة للفهم والتفسير، وهكذا نجد بعض الباحثين يركزون على دور العوامل الاجتماعية والبيئية والأسرية فى إحداث التلعثم فى الكلام.

ولقد أجمع معظم الباحثين على أن عدم التعاطف مع حاجات الطفل والإلحاح الشديد من جانب الأباء فى أمور الحياة اليومية يساعد على ظهور التلعثم لدى

الأطفال نتائج بعض الدراسات أن السيطرة الوالدية هى أحد المصادر البيئية المتسببة فى ظهور التلعثم، وتتمثل السيطرة الوالدية فى صورة متعددة مثل العقاب والتهديد والمضايقة والتدليل الزائد والنقد المستمر، كل هذه عوامل بيئية تهيئ الطفل للتلعثم فى كلامه مع المحيطين.

ويرى «كونتر» Conture, E. (١٩٨٨) أن البيئة التى ينشأ فيها الأطفال تؤثر بصورة واضحة على قدراتهم اللغوية، وقد تساهم البيئة المحيطة بالطفل فى ظهور اضطراب التلعثم، خاصة، عندما يبدأ الأباء فى تصحيح كلام أطفالهم وعقابهم بدون استشارة المتخصصين فى مجال التخاطب وعلم النفس.

وحديثا ظهرت عدة نظريات تميل إلى دراسة التلعثم فى ضوء بعض العوامل الاجتماعية والبيئية والتى يكون لها دورا بارزا فى ظهور التلعثم لدى الأطفال، خاصة فيما يتعلق بطريقة كلام الأباء مع أطفالهم، فالكلام السريع والمفاجئ يحدث نوعا من القلق والتوتر والخوف لدى الطفل؛ فينعكس ذلك على طريقة كلام ويتلعثم فيعاقبه الأباء ويسخرون من سلوكه ومن كلامه المتقطع.

ويتفق «بلودشتين» Bloodatein (١٩٨٦) مع الأراء السابقة حول خطورة التداخل الوالدى فى تعديل وتصحيح كلام الطفل، لذلك يرى «بلودشتين» ضرورة وضع برامج تدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدتهم فى كيفية التعامل مع طفلهم المتلعثم.

ويؤكد «مورلى» Morley, M (١٩٧٢) على أهمية الأسباب والنظريات الاجتماعية والبيئية فى تفسير مشكلة التلعثم فى الكلام، ويركز على دور الضغوط المنزلية التى يتعرض لها الطفل خاصة فيما يتعلق باستخدام اليد اليمنى بدلا من اليد اليسرى، ويرى «مورلى» أن الصدمات الانفعالية المفاجئة والخبرات المؤلمة التى يتعرض لها الأطفال والضغط عليهم للحديث مع الغرباء وتصحيح أخطائهم النحوية والتعبيرية من شأنه أن يحدث التلعثم فى الكلام.

ويظهر دور الأسباب البيئية فى إحداث التلعثم من خلال ملاحظة مدى التفاوت بين البيئات المختلفة فى ظهور نسبة التلعثم بها، حيث نجد أن التلعثم ينتشر فى المجتمعات الغربية الأكثر تعقيدا من المجتمعات البدائية، وتفسير ذلك

أن الحياة فى المجتمعات الغربية أكثر تعقيدا من المجتمعات الشرقية، وقد أدى التفاوت بين الثقافات ببعض العلماء والباحثين إلى تقديم تفسيرات لمشكلة التلعثم فى الكلام اتخذت من العوامل الاجتماعية والبيئية إطارا مرجعيا لها.

ولعل من أهم النظريات التى اعتمد أصحابها على العوامل الاجتماعية والبيئية نظرية «جونسون» Johnson – وتسمى هذه النظرية بنظرية الخطأ التشخيصي Errors theory Diagnosogenic – ومضمونها أن التلعثم يبدأ عند تشخيصه من قبل الوالدين وخاصة الأم بمعنى أن معظم الأطفال غالبا ما يعانون من عدم الطلاقة خلال مراحل النمو المبكر؛ فيشخص الوالدان عدم الطلاقة على أنها تلعثم فى الكلام، وينعكس قلق الوالدين على الطفل ويبدأ فى الإنتباه إلى طريقة كلامه ويتجنب الحديث خوفا من السخرية والعقاب وهنا يصبح عدم الطلاقة الطبيعية فى هذه المرحلة تلعثما مرضيا بسبب استعجال الأباء فى التشخيص الخاطئ. وهنا يمكن القول أن التلعثم يولد ويظهر فى أذن الأم وليس فى فم الطفل.

وفى ضوء ما سبق يتضح التأكيد على دور الأسباب الاجتماعية والبيئية فى إحداث التلعثم لدى الأطفال، وأن الوسط الاجتماعى يساعد فى أحيان كثيرة على تثبيت التلعثم وعلى خفضه فى أحيان أخرى إذا تم التعامل معه بأسلوب سليم، وهذا الأمر يتطلب ضرورة إعداد برامج وتدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدة أطفالهم المتلعثمين فى تخطئ هذه المشكلة.

خامسا: النظرية المركبة: Compound theory

لا توجد نظرية واحدة لاقت إجماعا وقبولا من جانب الباحثين لتفسير التلعثم فى الكلام، ويقترح بعض المتخصصين أن اضطراب التلعثم مشكلة مركبة نتيجة التفاعل بين العديد من العوامل والنظريات النفسية ونظريات التعلم. فى حين أن هناك اتجاهات يرى أن التلعثم نتيجة التفاعل بين النظريات النفسية والنظريات الاجتماعية / البيئية.

وفى ضوء النظرية المركبة نجد أن التلعثم هو حاصل مجموع وتفاعل النظريات العضوية والنفسية والاجتماعية / البيئية. وتؤكد هذه النظرية على عدم وجود نظرية محددة بعينها لتفسير مشكلة التلعثم فى الكلام، وذلك على أساس أن هذه المشكلة

تمثل وحدة دينامية نتيجة عوامل متعددة ومتداخلة، وأن الاعتماد على نظرية بمفردها فى تفسير التلعثم يضع الباحثين فى دائرة التحيز وعدم الإلمام بالجوانب المختلفة لهذه المشكلة، وهكذا تظل مشكلة التلعثم مثار جدل وخلاف بين أنصار النظريات المختلفة مما يؤكد أنها لا تزال لغزا محيرا فى المجال الطبى والنفسي والتربوى.

وسيتم عرض الطرق العلاجية لاضطراب التلعثم فى الفصل التالى.

ثالثا: نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام:

تنتشر اضطرابات الكلام بين أفراد مخلف المجتمعات بنسب متفاوتة، ويشير الباحثون إلى ارتفاع هذه النسب بين أفراد هذه المجمعات، وقد يكون لعدم وجود الإحصاءات الدقيقة، وقلة الدراسات فى الوطن العربى ما أدى إلى تفاوتها بين بلد وآخر.

يتضح أنه من الصعب تحديد نسب انتشار اضطرابات الكلام، واللغة بسبب تنوعها، وصعوبة تحديدها، وظهورها أحيانا كجزء من الإعاقات. وتقدر نسبة انتشار اضطرابات الكلام بحوالى (١٠ - ١٥٪) بين أطفال ما قبل المدرسة، و (٦٪) بين طلاب الصفوف الابتدائية، وما يليها.

واضطرابات النطق والكلام يتعرض لها الذكور أكثر من الإناث، والمراهقين أكثر من الأطفال، وقد لوحظ أن بعض الإضطرابات مثل التأتأة فى الكلام تزداد نسبتها مع تقدم العمر، وأن حالات الأفيزيا غالبا ما تظهر لدى الكبار، ونسبة الإصابة فى التأتأة لدى طلاب المدارس فى الولايات المتحدة الأمريكية تصل إلى (١٪)، وفى انجلترا (١٪)، وفى بلجيكا (٢٪).

وتشير مطبوعات الرابطة الأمريكية للسمع والكلام إلى أن ١٠٪ من الأفراد فى المجتمع الامريكى يعانون من صورة، أو أخرى من اضطرابات التواصل، حيث تمثل نسبة انتشار اضطرابات النطق (مخارج أصوات الحروف) المرتبة الأعلى لتصل إلى (٥٪) بينما تمثل نسبة التأتأة ١٪ تقريبا.

رابعا: أسباب إضطرابات اللغة والكلام:

١- **السلوك التجنبى**: يعكس هذا السلوك رغبة المتأتىء فى تجنب ما يترتب

على تلعثمه من نتائج غير سارة ويأخذ أشكالا مختلفة مثل مثير معين كحروف معينة أو كلمات بعينها وكذلك لتجنب المواقف التى ترتبط بها التأتأة.

٢- **ردود الأفعال الانفعالية**: كالقلق، والتوتر والخوف، والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة، وأحاسيس من العجز واليأس والخجل، وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعوق المتلعثم عن التواصل مع البيئة المحيطة.

أسباب اضطرابات الكلام:

تتنوع الأسباب المؤدية لاضطرابات الكلام بإختلاف الإضطرابات نفسها، كما أن بعض الباحثين، والعلماء يرجع أسباب البعض منها إلى عوامل وراثية، أو عضوية وظيفية، أو نفسية، أو اجتماعية مما يجعل الإتفاق على أسباب محددة من الأمور الصعبة.

يشير (الزريقات) إلى أن اضطرابات الكلام قد تنتج عن العديد من الظروف المختلفة مثل إصابة الدماغ، والاختلال الوظيفى لميكانيزمية الكلام، أو التنفس، وتشوهات أعضاء النطق، فبعض الأطفال يخطئون بالنطق بسبب عدم القيام بالاستجابات الحركية الصحيحة لتكوين الأصوات بشكل صحيح، فهم يفعلون والشفاه، والأسنان والجزء العلوى من الحلق، فقد تكون المشكلة عضوية، أو مشكلات الصوت، وقد تكون ناتجة عن الضغوط النفسية.

أسباب وراثية:

بينت الدراسات إلى وجود اضطرابات مماثلة بين أفراد آخرين داخل الأسرة ولعدة أجيال وهذا ما يشير إلى دور عامل الوراثة، وقد تبين أن الوارثة لاتتبع فى اضطرابات الكلام نموذجا واحدا ، وقد بينت دراسات حديثة أن ٦٥٪ من المصابين ينحدرون من أسرة بها شخص مصاب، وقد تم إدخال عامل التقليد والمحاكاة كون أحد الوالدين أو أحد الأفراد من العائلة يعانى من أحد أضطرابات الكلام، وقد وجد أن نسبة المصابين من الذكور أكثر من الإناث بنسبة أربعة أضعاف.

أسباب جسمية:

يذكر (الزريقات) أن تشوه الأسنان – اللحمية – الزوائد الأنفية – تضخم اللوزتين اشتقاقا الشفة العليا – ضعف السمع – عيوب الجهاز الكلامى: الحنك – اللسان – الأسنان – الشفتان – الفكان. كل ذلك من الأسباب العضوية التى تؤدى إلى أحد الإضطرابات الكلامية.

أسباب عصبية:

يشير (عطية) إلى اضطرابات الأعصاب المتحكمة فى الكلام – إصابة المراكز فى المخ يتلف ضعف التحكم بالأعصاب فى أجهزة النطق – الضعف العقلى، وإجبار الفرد الأعسر الذى يستخدم يده اليسرى على الكتابة باليد اليمنى، وضعف التوافق بين سهولة التعبير، وسرعة التفكير للمفاجأة، ومحاولة المرتجل وخاصة عند الخوف فى المواقف الجديدة أمام الناس أو أمام المذياع، وعند تدفق الأفكار بسرعة هائلة لا تستطيع الأجهزة الصوتية استيعابها بسهولة استعمال الأباء، وضغطهم على الأطفال فى النطق دون مراعاة للنضج وفق فروقهم الفردية والأكثر من ذلك بعض الأباء يستخدمون الترهيب والتخويف والتعليق والمعايرة وبعضهم يستخدم الرشوة للطفل من أجل ذلك، التعليق على الفرد من الأهل والأقارب عندما ينطق كلمة واضحة سواء عندما يضحكون معه، أو يسخرون منه.

ويذكر حمدان بالإضافة إلى وجود عدة عوامل مساهمة فى اضطرابات الكلام هى القلق والخوف المرتبط بخبرة مؤلمة عاشها الفرد، بالإضافة إلى علاقة الأم بطفلها وبنوعية هذه العلاقة وخاصة بما يتعلق بالبدايات اللغوية الأولى المنبثقة التى تبنى تدريجيا عند الفرد.

ويشير إلى أن مجموعة من العلماء (ميندلسون، وجونس هنت، وينكى، كوريات، ميرفى، وفينخل) تركز على أن العوامل النفسية هى سبب اضطرابات الكلام فهم يؤيدون أنها ميكانيزم دفاعى تستخدمه الذات للحد من القلق، والخوف، أو تدخل شعورى فى عملية تتم أوتوماتيكية – آلية– أو الصراع بين الرغبة الشعورية فى الكلام، ونقيضها اللاشعورى وهو الصمت، أو الخوف من الفشل فى إتمام العملية الكلامية.

أسباب بيئية:

تعد الأسرة أول بيئة تربوية يتواجد فيها الطفل ويتفاعل معها، فهى التى توفر له الحماية والأمن وهى المسئولة عن توفير كل الاحتياجات اللازمة له طبقا للمرحلة العمرية التى يمر بها، ولما كانت الأسرة هى المجال الاجتماعى الأول الذى ينشأ فيه الطفل، أصبحت العلاقات الأسرية سببا مباشرا من أسباب الطفل نموا سويا أو نموا غير سوى، ودرجة الأمن التى يحس بها الطفل ذات أثر كبير فى تكيفه أو عدم تكيفه من الوجهة الاجتماعية والنفسية.

كما يشير النحاس إلى أن جينيفر Jennifer يعد أساليب معاملة الوالدين للطفل بمثابة المرآة التى تتضمن أحكاما عن قيمة ومكانة الطفل داخل الأسرة، فإحساس الطفل بقيمته مرتبطا بمدى شعوره بالنقص أو شعوره بالثقة، حيث يدعم هذه الأحاسيس سلوك الوالدين تجاه طفلهم، فكلما زاد إحساس الطفل بقيمته وأهميته فى المحيط الاجتماعى الذى يعيش فيه كلما دعم هذا من ثقته بنفسه ومن قدرته على الاعتماد عليها، وعلى العكس من ذلك فالأسرة التى يتسم فيها الوالدان بالسيطرة والتحكم، تهيئ جوا أسريا مشحونا بالضغوط، الأمر الذى يؤدى إلى الإخفاق فى إتمام عملية التواصل بين الطفل ووالديه، ومن ثم مزيدا من المعوقات للنمو الطبيعى لكلام الطفل، فجذور مشكلة النطق توجد دائما فى العلاقات التى تقوم بين الطفل، ووالديه فى المراحل المبكرة من حياة الطفل، فعندما تصبح مطالب القاسى والقيود المشددة ويقيمون ما ينجزه الطفل تقييما سلبيا باستمرار، فإن الاحتمال الأكبر أن يصاب الطفل عندئذ بالقلق والتوتر، وحدوث اضطرابات النطق.

وقد تبين من نتائج الدراسات أن حدة التأتأة تزداد بازدياد انشغال الآباء عن أبنائهم وبارتفاع مستوى تعليم الأب والأم حيث يتوقعون من أبنائهم أكثر مما يستطيعون إنجازه، والعلاقات الأسرية التى يشملها نوع من الفتور تؤثر بالسلب على علاقات الاجتماعى، وزيادة الإضطراب فى النطق.

معنى ذلك أن أسباب اضطرابات الكلام تتباين بحسب الإضطراب، نوعه، وسلامه أعضاء الكلام، وسلامة الفرد النفسية، والبيئية المحيطة به، ووجد أن أن استفادة الفرد من اضطرابه قد يتحول إلى معزز لوجوده، حيث يكتسب المضطرب من خلال تعامل الأخرين معه جراء اضطرابه ما يعنى أن هنالك عوامل عضوية، وشخصية كثيرة قد تؤدى بالفرد إلى اضطراب فى الكلام.

الفصل الثالث

تشخيص إضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

مقدمة :

أولاً : مدخل إلى تشخيص إضطرابات اللغة والكلام.

ثانياً : تشخيص إضطرابات اللغة والكلام.

ثالثاً : أساليب علاج إضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثالث

تشخيص إضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

مقدمة:

يعانى بعض الأطفال من إضطرابات اللغة والكلام، وتؤثر هذه الإضطرابات على نمط استجاباتهم وعلى سلوكياتهم اليومية، وتفاعلهم مع الأخرين المحيطين بهم، وقد تؤدى بهم إلى الانسحاب أو عدم المشاركة فى الأنشطة اليومية لتجنب التحدث مع الأخرين حتى لا يلاحظ أحد إضطرابات والكلام لديهم وهذا التجنب يؤدى إلى فقدان قدر كبير من التواصل مع الأخرين، مما يؤثر اللغة سلباً على شخصيات هؤلاء الأطفال.

وهنا تكمن أهمية التشخيص المبكر لإضطرابات النطق والكلام وعلاج هذه الإضطرابات، حيث يسهل التشخيص والعلاج مبكراً أو يكون له تأثيرا كبير على اللغة والكلام، خاصة فى مرحلة الطفولة المبكرة، وحتى يتم التشخيص بشكل دقيق لابد من فهم فسيولوجية الكلام، حتى يعرف الأخصائى ماهية الاضطراب.

أولاً: مدخل إلى تشخيص إضطرابات اللغة والكلام:

ما بين ٣-٤ أرطال ولكنه يحتوى على حوالى ١٣-٢٠ بليون خلية ويبلغ سمك القشرة المخية Cortex حوالى ملليمترين وهى التى تقع فيها مراكز اللغة والكلام، أما مساحتها الإجمالية فتقدر بحوالى ١،٥ متر مربع، وهى بذلك تعادل مساحتها منضدة المكتب تقريباً، هذا وتشكل المنطقة القشرية الأكثر قدماً من الناحية التطورية جزء من الجهاز الحافى أو الطرفى Limbic System أما القشرة المخية الحديثة الأكبر اتساعاً والأصغر عمراً من سابقتها فقد قسمت إلى أربعة فصوص هى كالآتى: الفص الجبهى Fontal Jobe والفص الدماغى Temparal Jobe والفص الجدارى Patietal Jobe والفص القفوى Occipital Jobe ، ويرجع اكتشاف أن اللغة ممثلة

فى النصف الأيسر من المخ عند معظم الناس للعالم مارك داكس Mark Dax الذى قدم مقالاً عام ١٨٦٣ بين فيه أن أكثر من أربعين مريضاً يعانون من إضطرابات لغوية قد اظهروا علامات تلف بالجزء الأيسر فى المخ، وثبت أن النصف الأيسر من المخ هو المسئول عن السيطرة الدماغية لوظائف اللغة فى الغالية العظمى من الأفراد الذين يستخدمون اليد اليمنى وهو ما يعرف بالسيادة المخية ويرجع ذلك إلى أن النصف الأيسر من المخ أكبروأثقل من النصف الأيمن وهو يعنى أن القشرة المخية أكبر فى النصف الأيسر بالإضافة إلى أن شق سلفيوس أطول قليلاً.

وفى عام ١٨٦١ أثبت الجراح الفرنسى بول بروكا Poul Broca أن مركز الكلام يوجد فى التلفيف الجبهى الأسفل الأيسر، وسميت هذه المنطقة فيما بعد بمنطقة بروكا، وفى عام ١٨٦٨, قد أكد طبيب الأمراض العصبية الإنجليزى جاكسون فكرة نصف الكرة المخى التى أدت بالتالى لفكرة السيطرة المخية الإصابة فى نصف الدماغ الأيسر تؤدى لحدوث عدة أنواع من اضطرابات اللغة.

كما وجد فيرنيك عام ١٨٨٤ أن صعوبة فهم الكلام تنتد عن تهتك فى الجزء الخلفى من الفص الصدغى الأيسر، وقد سميت هذه المنطقة بمنطقة فيرنكس، وقد اقترح جانوتى عام١٩٨١ أن نصف الأيمن من المخ يعمل على فهم الكلمات المنطوقة وبدرجة أقل من الكلمات المكتوبة، وفى هذا الجانب المحدد يشترك النصف الأيمن من المخ فى العملية اللغوية الطبيعية مع النصف الأيسر، وأيضا فإن النصف الأيمن من المخ يعد مسئولا عن استقبال الأصوات غير اللغوية الموجودة فى البيئة المحيطة بالإنسان إلى جانب الإيقاع الموسيقى، وكذلك فإن النصف الأيمن من المخ مسئول عن برمجة المساحة المرئية بالإضافة للتعرف على الإحساس والتعبير عن الإنفعالات، ويعتقد حاليا أنه لا توجد مناطق لغوية أو كلامية مطلقة ولكن يتم التحكم فى اللغة أو الكلام عن طريق أنظمة عصبية فالمخ يعالج اللغة بثلاث مجموعات sets مترابطة من المنظومات العصبية وهى على النحو التالى:

أولاً: مجموعة كبيرة من الأنظمة فى نصفى الكرة المخية الأيمن والأيسر تقوم بتمثيل التفاعلات المتبادلة بين جسم الإنسان وبيئته، تلك التفاعلات المتبادلة التى تحققت بواسطة حسية وحركية مختلفة وتعنى بذلك كل

الأشياء التى يفعلها الفرد أو يدركها أو يفكر فيها أو يشعر بها أثناء تعامله مع البيئة المحيطة به.

ثانياً: مجموعة عددها أقل ما تقدم من المنظومات العصبية تقع عموماً فى نصف المخ الأيسر وتقوم بتمثيل الحروف الصوتية وتركيبها كما تقوم بتمثيل قواعد النحو اللازمة لربط الكلمات بعضها ببعض، وتعمل هذه المنظومات لدى تحرضها من داخل الدماغ على تجميع صيغ الكلمات وعلى توليد الجمل المطلوب قولها أو كتابتها، أما عندما يتم تحريض هذه المنظومات من الخارج عن طريق سماع كلام أو قراءة نص فإنها تقوم بأداء المعالجة الأولية لإشارات اللغة المسموعة المرئية.

ثالثاً: هناك مجموعة من المنظومات العصبية تقع أيضا فى نصف المخ الأيسر على نطاق واسع ويتوسط المجموعتين الأوليتين، يمكن لهذه المنظومة العصبية أن تستوعب مفهوم معين وأن تنتج صيغ الكلمات.

كما يمكنها استقبال الكلمات وجعل المخ يستحضر المفاهيم المقابلة لها، وفى دراسة قام بها ريتشل ١٩٨٨ عن تنظيم اللغة دخل المخ عن طريق تحليل التصوير المقطعى البوزيترونى لمهمة بسيطة فى ظاهرها وهى نطق الفعل المناسب لدى عرض اسم شائع فمثلاً قد يرى أحد المفحوصين أو يسمع كلمة (مطرقة) ويكون الجواب المناسب لها (يدق).

وأظهرت نتائج هذه الدراسة بوضوح كيف يربط تصوير المخ للعمليات العقلية فى أحد المهام السلوكية الخاصة باللغة والكلام بشبكة نوعية من المناطق المخية التى يتألف بعضها من بعض الاداء كل عملية من عمليات الكلام، فأدارك الكلمات المعروضة بشكل بصرى ، يتم فى شبكة من المناطق العصبية فى مؤخرة المخ، وإن منطقتى الفص الصدغى الأيسر والفص الجبهى الأيسر - منطقة بروكا وفيرونيك- لا تصبحان فعالتان إلا عند إضافة مهتمين اثنين، هما (التقييم الواعى لمعانى الكلمات وانتقاء الاستجابة المناسبة) (دماسيو، ١٩٩٤).

ولوحظ أن المرضى الذين لديهم إصابة فى النصف الأيسر للمخ بالقرب من شق سلفيوس لديهم أخطاء فى البناء السليم للكلمات والجمل، فتتعطل لديهم القدرة

على تجميع الحروف الصوتية فى كلمات منطوقة، فلا يستطيعون النطق السليم، فينطق (صعفور) بدلاً من عصفور، إلا أن إيقاع الكلام وسرعته تظل سليمة، كما أن التركيب النحوى للجملة يظل سليماً، فالقطاع حول السلفيوسى الأمامى يحتوى على منظومات عصبية مسئولة عن قواعد اللغة، والمرضى المصابون بآفة فى القطاع حول السلفيوسى الأمامى تكون قواعد النحو لديهم مضطربة، فيميلون إلى إسقاط حروف العطف والضمائر بالإضافة إلى أن الترتيب النحوى للجملة غالباً ما يكون خاطئ فى حين تكون الأسماء لديهم اسهل تناولاً من الأفعال مما يدعو للاعتقاد بوجود مناطق أخرى مسؤولة عن تكوين الأسماء .

وقد بينت الدراسات التى أجريت على المضطربين الذين تبين عدم مقدرتهم على استرجاع الأسماء أنهم مصابون فى القشرة الدماغية.

ثانياً: تشخيص اضطرابات الكلام:

يعد التشخيص أهم مراحل التعرف على اضطرابات اللغة والكلام، ويختلف التشخيص باختلاف الأداة، حيث يتم التشخيص وفق أسس علمية مقننة لدى أخصائى اضطرابات الكلام الذى يستعين بالكثير من الأدوات.

تذكر هيل (Hill, 1995) فى دراستها لتقييم لغة الأطفال ذوى اضطراب اللجلجة فى الكلام والتى أوضحت أن التشخيص لابد وأن يتضمن دراسة الحالة، وتقييم الطلاقة، وتقييم المهارات اللغوية، وأساليب المعاملة الوالدية.

كما يشير إنجهام (Ingham, 1999) أنه لتحديد بداية التدخل لعلاج اللجلجة تقضى الضرورة وجود اختبارات مقننة لتشخيص اضطراب اللجلجلة فى الكلام.

بينما حدد عبد العزيز الشخص (١٩٩٧) إجراءات تشخيص اضطرابات الكلام على النحو التالى:

١- ملاحظة كلام الفرد أثناء حديثه مع الوالدين والأخوة.

٢- تجميع الملاحظات حول: نوع الاضطراب، ومدى معاناة الفرد من التوتر والانفعال، إضافة إلى الحالة الصحية ورد الفعل حيال الاضطراب، والظروف التى تعرض لها قبل تعرضه للاضطراب.

٣- تسجيل عينات من كلام الفرد أثناء التحدث مع الوالدين والأخوة والأقران، وأثناء القراءة.

٤- تحليل ذلك، وتكرار هذه الإجراءات فى مواقف مختلفة فى المنزل، والمدرسة، وذلك بهدف تحديد الظروف التى تحدث فيها الإضطرابات.

ويشير حسيب (٢٠٠٧) إلى أن الصورة الإكلينيكية لأعراض إضطرابات اللغة والكلام تتمثل فيما يلى:

محكات الحكم على اضطرابات النطق:

أ- العمر الزمنى: وذلك لأن اضطرابات النطق قد تكون نمائية ثم تختفى مع اكتمال النمو اللغوى عند الطفل، أو عند دخوله المدرسة أو بعدها بقليل، فلا يعد ذلك اضطراباً إلا إذا استمر بعد سن السابعة، وهنا يحتاج إلى التدخل العلاجى.

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام فى الطب النفسى:

تصنف اضطرابات اللغة والكلام فى مجال الطب النفسى إلى عدة تصنيفات وهى:

أولاً: التنصنيف النفسى لاضطرا بات اللغة والكلام (Psycho pathologically Based Speech Disorders).

قسم هاملتون (١٩٧٤) اضطرابات اللغة والكلام إلى ما يلى:

أ- اضطرابات اللغة والكلام الوظيفية: وتشمل التلعثم Stuttering والبكم Mutism.

ب- اضطرابات اللغة والكلام الحركية فى حالات الذهان كما فى حالات (الرجعة الكلامية preservation) والتى تشمل التكرار المرضى للكلام palliation أو ترديد ألفاظ Ecolalia (رمضان، ١٩٩٥).

ثانياً: تصنيف Kablan and Sadok (١٩٩٣):

صنف اضطرابات اللغة والكلام إلى ثلاث فئات رئيسية هى:

١- عدم القدرة على اكتساب اللغة.

٢- إعاقات لغوية مكتسبة نتيجة لإصابات واضطرابات عصبية.

٣- تأخر النمو اللغوى أو تأخر اللغة النمائى.

ثالثاً: التصنيف الدولى للأمراض (ICD- 10):

قسمت المراجعة العاشرة المنقحة من التصنيف الدولى للأمراض تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية Mental and Behavior Disorders اضطرابات وعيوب الكلام إلى ما يلى:

- F80 اضطرابات نمائية نوعية فى الكلام واللغة.
- F80,0 اضطرابات نوعية فى التلفظ بالكلام.،
- F80,2 اضطرابات اللغوية الإستقبالية.
- F80,8 اضطرابات نمائية مختلفة فى اللغة والكلام.
- F80,9 اضطرابات نمائية مختلفة فى اللغة والكلام غير محددة (عكاشة، ١٩٩٩).

رابعاً: التصنيف الشخصى الإحصائى المعدل DSM- IV) R):

قسمت الطبعة الرابعة للدليل التشخصيى والإحصائى للإضطرابات العقلية اضطرابات وعيوب اللغة والكلام إلى ما يلى:

- 315,31 اضطرابات تعبير اللغة.
- 315,31 اضطرابات فهم وتعبير اللغة المختلفة.
- 31,5 اضطرابات وعيوب الصوت.
- 307,9 اضطرابات التخاطب غير المحددة (رمضان، ١٩٩٥).

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام فى علم أمراض التخاطب:

اضطرابات اللغة والكلام هى الأمراض التى تصيب الجهاز الكلامى فى الإنسان وتؤدى إلى صعوبة أو عدم مقدرة الفرد على الكلام بطريقة مقبولة من المحيطين به، وعيوب الكلام هى جزء من أمراض التخاطب والتى تشمل أمراض الصوت وأمراض اللغة وأمراض الكلام، وقبل أن نحدد أنواع عيوب الكلام وعلاقتها بأمراض التخاطب، لابد أن نلقى نظرة على مفهوم التخاطب ومعناه، والتخاطب فى مفهومه الحديث هو عملية نقل وتبادل الأفكار والمفاهيم بين الأفراد والجماعات، والتخاطب الصوتى يتخذ شكلا صوتياً يقرن الصوت بالمعنى، وهذا ما يشار إليه باللغة، وهذا المستوى هو أرفع مستويات التخاطب، وهذا التخاطب اللفظى يمكن تحليله إلى مظاهره الأساسية التى تدخل فى تشكيله حتى يصل إلى السمع متكاملا، وهذه المظاهر هى:

١- **الصوت:** وهو المادة الصوتية التى تحدث نتيجة الاهتزازات فى الثنايا الصوتية بالحنجرة، وهذه تمثل الصوت الأولى فى الرسالة اللغوية.

٢- **الكلام:** وهو مجموعة الأصوات اللغوية من سواكن ومتحركات والتى نتجت من تحوير وتشكيل المادة الصوتية الحنجرية الأولى أو فى إحداث أصوات مختلفة فى جهاز النطق والذى يشمل (البلعوم – الفم – اللسان– الحنك – اللهاة– الجيوب الأنفية – الشفاه – الأنف).

٣- **اللغة**: وهى النظام الرمزى الذى يقرن الصوت بالمعنى، وهذه الوظائف البشرية العليا يتحكم فيها الدماغ (نصفه الأيسر) ووراء هذه الظواهر عدة عوامل فسيولوجية لا يتم بدونها التخاطب اللفظى، وهذه الوظائف هى (التنفس وإخراج الصوت والنطق واللغة) (رزق، ١٩٨٩) والأمراض التى تصيب هذه الوظائف هى ما يطلق عليها بأمراض التخاطب وتشمل الآتى:

١- أمراض الصوت: Voise Disorders وتشمل:

أ- بحة الصوت Voice Dysphonia:

وتنتج عن أسباب عضوية تصيب الحنجرة أو أسباب وظيفية، أو أسباب بينية كالإصابات المرضية الصغرى المصاحبة لأمراض الحنجرة، وقد تكون نتيجة سوء استخدام الصوت المزمن أو ناتجة عن أسباب عصبية نفسية.

ب- فقدان الصوت Aphonia:

مثل فقدان الصوت بعد الاستئصال الكلى للحنجرة أو فقدان الصوت الهستيرى.

٢- أمراض الكلى Speech Disorders وتشمل

وهى صعوبة طلاقة الكلام المسترسل وقد يكون فى صورة إطالة لبعض مقاطع الكلمات أو وقفات فى الكلمة أو اضطراب داخل الصوت الواحد، وهذه قد يصاحبها حركات لا إرادية أو انفعالية على وجه وأطراف المريض.

ب- اللثغة Dyslalia:

وهى استمرار عيب محدد فى أداء أصوات اللغة إلى سن ناضجة نسبياً، وهى أخطاء صوتية مفردة فى نطق بعض الأصوات عند المريض مثل صوت (س) فتكون لدغة سنانية أو جانبية أو بلعومية حسب مكان خروج الصوت.

أو لدغة رائية وهو عدم مقدرة نطق حرف (ر) أو نطق الأصوات الخلفية مثل (ك)، (ح)، كأصوات أمامية مثل (ث)، (د)، على الترتيب (رزق، ١٩٨٩).

جـ- الحبسة الكلامية Dysarthria:

وهى اضطراب أداء اللغة نتيجة لعلة عضوية بالجهاز العصبى المركزى أو الطرفى، وهى حالة مرضية تظهر بسبب إصابات عصبية تؤثر على الجهاز العضلى للنطق فتحدث مع إصابة المخية أو الشلل النصفى أو الإعاقة الحركية بسبب الإصابة الدماغية فى الأطفال.

د- الخنف (المفتوح والمغلق) Rhinolalia or nasality:

وهى إصابة حركية تؤثر على عملية التنفس وإخراج الصوت والنطق والرنين الأنفى، فالشخص الطبيعى ينطق جميع الحروف من الفم ما عدا الحروف أو الأصوات الأنفية، وهى (م، ن، نج) كما فى كلمة مانجو، أما فى حالات الخنف المفتوح Rhinolalia aperta نجد المريض ينطق الحروف من الأنف وترجع أسبابها إلى خلل فى الصمام اللهائى البلعومى.

أما فى حالات الخنف المغلق Rhinolaia فنجد المريض ينطق جميع الحروف أو الأصوات الكلامية من الفم كما فى حالات الإصابة بالزكام وترجع أسبابها إلى انسداد مجارى الهواء فى تجويف الأنف، والخنف المشترك Rhinolalia وهو الذى يحوى النوعين معاً (الخنف المفتوح والخنف المغلق). (رزق، ١٩٨٩).

٣- أمراض اللغة Language Disorders: وتشمل:

أ- العية Dysphasia

وهى تدهور الوظائف اللغوية بعد اكتمال نموها بسبب إصابات بالدماغ أو أمراض الأوعية الدموية التى تؤثر على نصف الدماغ الأيسر حيث توجد وظائف اللغة وتكون مصاحبة لحالات الشلل النصفى بأسبابه المختلفة.

ب- تأخر نمو اللغة Delayed Language de development:

ويكون سبب الحرمان الحسى وأهمها حالات فقد السمع فى الطفولة المبكرة، فيبقى الطفولة بمعزل عن الأصوات الخارجية له، ويتعسر تحصيله اللغوى ما لم يسرع والديه باستخدام المعينات السمعية والتأهيل التخاطبى، وأيضاً ولكن بدرجة أقل فقد البصر وقد يرجع تأخه نمو اللغة

إلى الإصابة الدماغية فى الطفولة المبكرة قبل أو أثناء أو بعد الولادة فيتأثر الجهاز العصبى للطفل وكذلك قدراته الذهنية والعقلية، ويصاب بدرجة من التأخر الفكرى بالإضافة إلى الإصابة العصبية بالدماغ فتؤثر على قدرته الاستيعابية والتحصيل اللغوى مثل زملائه، كبعض الأمراض النفسية التى تصيب بعض الأطفال كالفصام الطفولى والانطوائية أو التوحد لدى بعض الأطفال والتى تحتاج لتدخل الأخصائى النفسى.

كما قد يرجع تأخر نمو اللغة عند الأطفال إلى غياب البيئة المنبهة لتحفيز القدرات اللغوية للطفل فنجد أن التأخر اللغوى للطفل ينتشر فى البيئة التى ينخفض فيها المستوى الثقافى والاقتصادى للأسرة، ويجب أن نضع فى الحسبان أن الطفل لا يحتاج للغة من البيئة المحيطة فقط ولكنه يحتاج أيضا إلى العلاقة العاطفية مع الوالدين.

وأخيراً قد يرجع تأخر نمو اللغة لدى الأطفال إلى سبب غير محدد بعد استيعاب كل الأسباب السابقة، وهذه الأمراض تخضع لبرامج علاجية مفصلة ومتنوعة بحسب الأسباب بإتباع نظام الفريق الطبى المتكامل (رزق، ١٩٨٩).

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام فى علم النفس:

قسم مصطفى فهمى (١٩٧٥) اضطرابات اللغة والكلام إلى قسمين رئيسين:

أولاً: اضطرابات ترجع إلى أسباب وعوامل عضوية.

ثانياً: اضطرابات ترجع إلى أسباب وظيفية.

وهناك تقسيم آخر أكثر تفصيلاً يقوم على أساس المظهر الخارجى للعيب الكلامى وينقسم هذا التقسيم إلى ما يلى:

أ- التأخر فى قدرة الطفل على الكلام، وتشمل:

١- تأخر الكلام بسبب خلل فى القدرة السمعية.

٢- تأخر الكلام بسبب التخلف العقلى.

٣- تأخر الكلام بسبب أمراض مزمنة كالحميات.

ب- احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير والمعروف باسم الأفزيا APH-SIA وتنقسم إلى:

١- أفزيا حركية أو لفظية Motor Verbal

٢- أفزيا حسية أو فهمية Sensory

٣- أفزيا كلية أو شاملة.

٤- أفزيا نسيانية Amnbestic

٥- فقد القدرة على التعبير بالكتابة Agraphia

جـ- العيوب الإبداعية فى النطق Articulation

د- الكلام التشنجى Spastic Speech

هـ- عيوب الكلام التى تتصل بطلاقة اللسان وتشمل اللجلجة أو التلعثم والخمخمة Rhinolalia والثأثأة أو عدم نطق حرف (س) أو الراء كما تشمل حالات الديسارثيا Dysarthria

و- عيوب الصوت Voice Disorders

ك- الكلام الطفلى Infant speech (مصطفى فهمى، ١٩٧٥).

١- المشكلات اللغوية Language disorders

٢- مشكلات الكلام Speech disorders

٣- القدرة على الكلام Speech disability (ليلى كرم الدين، ١٩٨٩)

وفى عام ١٩٩٠ صنف الزراد عيوب النطق والكلام كالآتى:

أولاً: إضطرابات الكلام: Speech disorders

وتشمل التلعثم والسرعة الزائدة فى الكلام Cluttering

ثانياً: اضطرابات النطق Articulation

وتشمل عيوب فى إبدال الحروف أو حذفها.

ثالثاً: إضطرابات الصوت Voice Disorders

وتشمل البحة الصوتية والخنف واحتباس الصوت

رابعاً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة عن نقص القدرة السمعية

خامساً: اضطرابات اللغة و الكلام الناتجة عن نقص القدرة العقلية.

سادساً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة عن حالات نفسية وعصبية (فيصل الزراد، ١٩٩٠).

ويتضح مما سبق مدى الارتباط بين اضطرابات اللغة والكلام وعلم النفس، كما يوضح لنا أن هذا المجال هو إحدى مجالات علم النفس، حيث إن إضطرابات اللغة و الكلام قد تكون ناشئة عن عوامل نفسية تحتاج فى تشخيصها وعلاجها إلى المتخصصين فى علم النفس.

ويذكر عطية (١٩٩٩) أن إضطرابات الكلام، ومنها اللجلجة ليس إلا اضطراب فى تقديم الذات اجتماعيا، فهو ليس اضطراب فى الكلام وإنما هو صراع بين الذات، والدور فقد يتكلم الفرد بطلاقة فى وقت معين، وفى موقف آخر يضطرب فى الكلام، ويرى شيهان Sheehan أن الصراع يكون بين كل من الدافع إلى الكلام، والدافع إلى عدم الكلام أى أن الفرد يعانى صراعاً لحظة الإعاقة الكلامية فى تصوره أن الذات تتعرض لموقف صراع لإقدام، وإحجام مزدوج، وأن هذا الموقف يظهر كلما اقتربت من نطق كلمة معينة".

كما يفترض روجرز Rogers أن كل فرد يستجيب ككل منظم للواقع كما يدركه، وهو يقرر مصيره الخاص به، ويستطيع فعل كل شئ فى حدود قدرته إذا أراد أن يفعل ذلك، أو أتيحت له الفرصة لذلك، وينظر لذاته، ويدركها كما هو لا كما يدركها الآخرون، وفى حالة الاضطراب فإن الشخص يشعر بذاته بشكل فيه مبالغة غير واقعية سلبية كانت، أو إيجابية، وفى حالة اضطراب الكلام يفسر أصحاب هذا الاتجاه أنه يحدث نتيجة لتفاعل كل من الانتباه المتمركز حول الذات، من خلال الإدارك للذات بشكل مبالغ فيه بصورة سلبية، وتوقع التقديرات السلبية من الآخرين (النحاس: ٢٠٠٦).

بناء على ما سبق من تعدد المحاولات التى فسرت أسباب حدوث إضطرابات الكلام، يمكن القول إنها ظاهرة تحدث نتيجة عوامل متداخلة ومتشابكة هذه العوامل هى عوامل عضوية، ونفسية، واجتماعية، وهى تمثل وحدة دينامية، وتعد

المسئولة عن حدوث اضطرا بات الكلام، وليس عامل بمفرده، إلا أن العامل النفسى سيظل هو الأساس الذى يتأثر به كافة العوامل وتؤثر فيه أيضاً بعد ذلك بمعنى أن هناك كثيراً من الأفراد يتوفر لديهم من الاستعداد الطبيعى ما قد يسبب اضطرابات الكلام، غير أنهم لا يعانون من هذه الإضطرابات نظراً لغياب العوامل المهيأة، وهو العوامل النفسية، كما أن العوامل البيئية تعجل من تكوين مشاعر القلق، وانعدام الأمن فى نفوس الأطفال، وتتمثل فى إفراط الأبوين فى رعاية طفلهما، تدليله، افتقار الطفل إلى رعاية أبويه، التعاسة والشقاء العائلى، الإخفاق فى التحصيل الدراسى، وكذا سخرية الآخرين.

ثالثاً: علاج إضطرابات اللغة والكلام:

يوجد مجموعة من المداخل العلاجية لاضطرابات الكلام بقدر ما يوجد من نظريات فى تفسير هذه الاضطرابات، ورغم هذا التباين الواسع فى الأساليب العلاجية، فإن معظم برامج العلاج توجه نحو الحالات المتقدمة عن المراهقين، والراشدين الذين تكون قد تطورت لديهم أعراض ثانوية واضحة، ومشاعرسلبية قوية تجاه حالة الاضطراب لديهم ومع تعدد أساليب العلاج المستخدمة لإضطرابات الكلام ظهر أكثر من مدخل علاجى مثل: العلاج الطبى، والعلاج النفسى، والعلاج الكلامى، والعلاج البيئى.

العلاج عملية معقدة، وبعيدة المدى، وليس كل قياس يتم إجراؤه قبل العلاج يعد تشخيصاً دقيقاً، وتتعدد الطرق العلاجية ومنها :

العلاج الطبى:

تذكر صفاء حمودة (١٩٩١) أن الأطباء يعالجون التأتأة فى الكلام بالتدخل الجراحى Surgery أو بالعلاج الكيماوى Chemotherapy وبعض الأدوية المهدئة، وقد أثبت بعض الدراسات أن هذا النوع من العلاج غير مفيد، وله محاذير كثيرة. كماتشير إلى أن هناك محاولات عديدة لعلاج التلعثم عن طرق العقاقير كالمهدئات، والفيتامينات مثل فيتامين ب٦.

وذكر أجمد عكاشة (١٩٧٥) أن نسبة عالية من المتلعثمين يعانون من خلل فى رسم المخ.

وتذكر نوران العسال (١٩٩٠) أن «أرون Aron» استخدمت عقار كمهدئ لعلاج بعض مضطربى الكلام من المتلعثمين، وأنها وجدت أن ٨٠٪ من المتلعثمين قد تحسنوا، ولكن لم يشف أحد منهم، كما أن استخدام العقاقير غير مجدى، وله محاذير مثل الإدمان.

العلاج النفسى:

يشير حسيب (٢٠٠٧) إلى أن المدرسة السلوكية تقدم مجموعة من الفنيات للتعامل مع اضطراب التأتأة حيث استخدام انجهام Ingham (١٩٩٠) أسلوب إطالة الكلام لعلاج هذا الاضطراب لدى ٥ أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٣ عاماً، كما استخدمت صفاء غازى (١٩٩١) أسلوب العلاج الجماعي فى علاج الاضطراب لدى ٢٤ طفلا تتراوح أعمارهم ما بين ١٢- ١٥عاماً، واستخدام أحمد رشاد (١٩٩٣) العلاج السلوكى والعلاج برجع الصدى أى تأخير التغذية المرتدة فى علاج الاضطراب لدى ٦٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً.

كما تناولت سهير عبد الله (١٩٩٥) أسلوب التظليل واللعب غير الموجه فى علاج الاضطراب لدى ٢٤ طفلا تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ عاماً، كما استخدم كالينوسكى Kalinowski (٢٠٠٣) أسلوب المكافأة والتدعيم فى علاج هذه الاضطراب وقد أشارت نتائج هذه الدراسات جميعها إلى فاعلية الأسلوب المستخدم فى كل منها فى علاج اضطراب التأتأة فى الكلام.

وتذكر صفاء حمودة (١٩٩١) أن مدرسة التحليل النفسى تقدم علاج التأتأة فى الكلام على أنه عرض عصابى، ولابد من تبصير الفرد بصراعاته، وإعادة الثقة إليه، وإزالة الحواجز بينه وبين الآخرين، أى مساعدة الفرد على التوافق الشخصى، والاجتماعى، كما يتركز العلاج على تخفيف الإثارة المصاحبة لعدم طلاقة الكلام، وهو ما يشعر به المريض إزاء المواقف التخاطبية من خوف، وكبت، وتوتر، وشعور بالإثم والعدوانية، وهذه الطريقة من العلاج لا توجه اهتمامها أساساً إلى

العرض وقتياً، وإنما المبدأ الأساسى للعلاج هو عدم تفادى اللجلجة- كأحد أشكال اضطرابات الكلام- وقبوله مع التركيز على تنميته بربطه بالأفكار السلوكية الغير مرئية والشخصية لدى المريض ومن هذا المنطلق نجد أنه فى الأطوار البسيطة لنمو الفرد الأطفال غالباً لا يتركز العلاج على الطفل وعرضه، لكن على البيئة المحيطة به كى تتقبله وتنصت إليه، وتشجعه على كل محاولاته التخاطبية .

العلاج الكلامى:

وهو مكمل للعلاج النفسى ويعتمد على بعض الفنيات مثل: الإسترخاء الكلامى، والكلام الإيقاعى، والنطق مع المضغ، والممارسة السلبية، وقد أجريت دراسات عديدة من هذا الإطار منها: دراسة باكمان (Packman, 1988) التى استخدمت الكلام الإيقاعى علىٰ عينة قوامها ٢٤ طفلا تتراوح أعمارهم ما بين ٩- ١٢ عاماً ودراسة هانكوك (Hancock, 2000) التى تناولت ممارسة الكلام المكثف الهادئ، والكلام العائلى المنظم، والتغذية الراجعة المكثفة لدى عينة قوامها ٦٣ فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٨ عاماً ودراسة سمولكا(Smolka،٢٠٠٢) التى تناولت أسلوب رجع الصدى على عينة قوامها ٣٢ طفلا تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٤ عاماً، وقد أثبت هذه الأساليب جميعها فاعليتها فى علاج إضطراب اللجلجة فى الكلام (حسيب ٢٠٠٧).

وتضيف غادة كسناوى (٢٠٠٨) أن العلاج بالمضغ يهدف إلى استبعاد ما علق فى فكر المصاب من أن النطق والكلام بالنسبة إليه صعب وفيها يبدأ المعالج بسؤال المصاب بالاضطراب عن إمكانه إجراء حركات المضغ، ثم يطلب منه أن يقوم بحركات المضغ بهدوء وسكون، وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة طعام، وعليه أن يقلد عملية مضغ هذه القطعة وكأنه فى الواقع، فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يحدث لعملية المضغ صوتاً فإذا وجد صعوبة، أو شعر بالخجل من ذلك على المعالج أن يحدث نفس العملية أمامه، وبعد ذلك يوجه للمصاب بعض الأسئلة بصحبة نفس الإسلوب من المضغ مثل: ما اسمك، ما اسم والدك، عنوانك، اسم اخوتك، ومدرستك، وما إليه...إلخ، وتدريجيا يجعل المعالج المضطرب يجيب عن هذه الأسئلة بأسلوب النطق بالمضغ، وهذه الطريقة تفيد فى تحويل انتباه

الفرد المصاب باضطراب فى لكلام، وتجعله ينطق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ كذلك فإنها تسهم فى التخفيف من مشاعر الخوف فيما يتعلق ببعض الكلمات حيث يتخلص المتلعثم منها من خلال محاولة نطقها ومضغها.

الممارسة السلبية: Negative Practice

ابتدع أوبرى ييتس O. Yates هذه الطريقة على أساس أحد قوانين»كلارك هل Hull« للتغلب على الخلجات والسلوك غير المرغوب فيه كما تبينه المعادلة التالية: (استجابة التأتأة = عدد مرات صدورها × الدافع - (الكف التراكمى + الكف الشرطى).

ويمكن توظيفها فى مجال علاج اضطرابات الكلام، وذلك بتطبيق المبدأ الأساسى لهذا الأسلوب، وهو التكرار الإرادى المتواصل للسلوك، وينتج عن هذا التوقف شعوربالراحة نتيجة لتبديد الكف، ومن ثم ينشأ من التدعيم مايدعوإلى الاستمرار فى التوقف عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه، ومع التكرار، واستمرار التدريب يصبح مجموع الكف التراكمى + الكف الشرطى مساويين لقوة تدعيم العادات مضروبة فى الدافع وراء إصدار هذا السلوك غير المرغوب، ويكون الناتج صفراً، أى التوقف التام عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه وهو هنا التأتأة، أو أحد اضطرابات الصوت، أو اللوازم الكلامية، ويؤدى استخدام الممارسة السلبية إلى زيادة وعى العميل بنفسه أثناء التأتأة الداء كدواء فكثرة الممارسة، والتدريب على شئ معين تجعل الفرد يتشبع به، وبالتالى يحاول الفرد جاهدا أن يتجنبه، والكف عن ممارسته، كما يؤدى هذا الإسلوب أيضا إلى تدريب الفرد على التحكم الإرادى فى أجهزة النطق سواء أثناء التأتأة أو بدونها، ويمكن استخدام مرآة يرى فيها الفرد نفسه أثناء الكلام، أو استخدام جهاز تسجيل لسماع صوته فى مختلف الحالات، سواء أثناء التأتأة اللاإرادية، أو التأتأة الإرادية، أو الكلام بدون تأتأة.

واستخدام أسلوب الممارسة السلبية، وتقوم على تكرار الفعل غير المرغوب فيه عدة مرات، إلى حد شعور المريض بالتعب والإرهاق، حتى ينتج عن ذلك درجة عالية من القمع أو المنع كرد فعل مضاد.

العلاج البيئى:

المقصود بالعلاج البيئى هو دمج الفرد فى أنشطة اجتماعية حتى تتاح له الفرصة للتفاعل الاجتماعى وتنمو شخصيته وينتفى لديه الخجل والانطواء والانسحاب، ومن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار وأثبتت فاعليتها: دراسة ملارد Malard (٢٠٠٤) التى استخدمت أسلوب حل المشكلة والتدريب على المهارات الاجتماعية، ودراسة هاماجوشى (Hamaguchi, 2006) التى اعتمدت على مساعدات الوالدين لأطفالهم ذوى اضطراب التأتأة فى الكلام ويرى الباحث أن العلاج البيئى على النحو المتقدم لا يخرج عن كونه أحد أساليب العلاج النفسى الجماعى التى تستثمر وجود الجماعة فى علاج الاضطراب عن طريق التفريغ الإنفعالى وتكوين علاقات جديدة والإستبصار وبناء عادات سلوكية جديدة (السعيد، ٢٠٠٣).

ويركز العلاج البيئى على المتغيرات التى تجرى فى بيئة الطفل، والتى يعتقد أنها تساهم فى استمرار التأتأة، ومن خلال الملاحظة المباشرة، ومقابلة الوالدين، والأسرة يحاول الأخصائى تحديد تلك العوامل، وتغيير بيئة الطفل حتى تنخفض العوامل التى تؤدى إلى استمرار التأتأة، أو تزول تماماً. وترى صفاء حمودة (١٩٩٢) أن العلاج البيئى يستخدم على نطاق واسع فى علاج المضطربين الصغار والكبار ذلك أن المتلعثم فى العلاج الجماعى يرى غيره ممن يعانون نفس أعراض التلعثم (من صعوبة فى الكلام، وإرتعاش الشفاه وغيرها)، فيشعر بأنه ليس الشاذ الوحيد فى هذا المرض، بل إن كثيرين غيره يعانون نفس الحالة، مما يخلق جواً من المشاركة الوجدانية بين المتعلثمين كما أن أى تقدم فى العلاج لأحدهم يدفع بالآخرين للتنافس وازدياد الفرص الواقعية للشفاء. وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب فى تقديم جلسات البرنامج الإرشادى المقدم فى هذه الدراسة، ومن وسائله: العلاج بالسيكودراما ، حيث يستخدم التمثيل كوسيلة أدائية تجمع بين الإسقاط والتنفيس الإنفعالى، وهى عبارة عن تصوير مسرحى وتعبير لفظى حروتنفيس انفعالى تلقائى.

العلاج عن طريق الإرشاد:

يرى عطية (١٩٩٩) أن العلاج بالإرشاد يتم بإعطاء المتلعثم أو المتأتىء مجموعة من الإرشادات تتلخص فى أنه يجب عليه أن يتوقف عن التلعثم، وأنه لابد أن يتحكم فى كلامه، وأن عليه أن يركز تفكيره فى ذلك، إلى جانب إرشاد الوالدين إلى ضرورة إتاحة الوقت للمتلعثم ليعبر عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام.

أ- الإرشاد النفسى للأسرة والوالدين:

إن العديد من سمات بيئة الطفل يرتبط بجوهر الأسرة وأفرادها، من خلال تحديد، وتغيير بعض الأنماط السلوكية للأسرة يستلزم علاقة إرشاد نفسى للمجموعة ككل، وحتى يتحقق الهدف النهائى،فإن من الضرورى إلقاء الضوء على احتياجات الأسرة و الطفل، ويتم تصميم الإرشاد النفسى للأسرة، والوالدين لمساعدتهم على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم، ومشاعرهم على سلوك اللجلجة، وكذلك فهم وتقبل تلك الانفعالات، وفى بعض الحالات يشعر الأخصائى بأن كلام الطفل مقيد، ويحيطه عدم الطلاقة الطبيعية عندما يكون هناك قلق واهتمام مستمر من الوالدين، وفى مثل هذه الحالات يكون اهتمام الوالدين هدف حقيقى للتدخل العلاجى، وهذا التدخل لا يعنى تزويد الوالدين فقط بالمعلومات عن عدم الطلاقة الطبيعية، وإنما على الأخصائى أن يعترف بمشاعر الوالدين، ويتعامل معها، وفى هذه الحالة يكون الوالدين هم المفحوصين، وليس الطفل.

ب- تحديد المرحلة العمرية:

هناك اتجاهات متعددة نحو علاج التأتأة وأسبابها ولذا فإنه يجب أن تحدد طريقة العلاج التى تعتمد على عمر الفرد الذى يعانى من التأتأة، حيث تختلف الأساليب المتبعة مع صغار الأطفال الذين مازالت تنمو لديهم عن المراهقين، والراشدين الذين يعانون من المشكلة منذ سنوات عديدة، ولقد أوضح كل من شميس واليزابيث (Shames, G& Elisabeth, H, 1982) عدد من تلك الأساليب:

١- علاج الأطفال ذوى التأتأة:

إن الأساليب العلاجية المتبعة مع الأطفال فى مرحلة المهد، ومرحلة ما قبل المدرسة الذين تنتشر بينهم التأتأة أساليب ثابتة نسبياً، ولها معدلات مرتفعة من النجاح وهناك طرق عديدة للتدخلات العلاجية للتأتأة المبكرة، ومنها:

٢- العلاج المباشر:

يستلزم هذا النوع من العلاجات رؤية نشطة، ومنتظمة لتقبل الطفل الذى يعانى من التأتأة للعلاج، ويعنى هذا فى بعض الأحيان التعامل بشكل مباشر مع أعراض الكلام لدى الطفل، ولكن فى أحيان أخرى كثيرة يعنى مشاهدة الطفل أثناء العمل حوله، ودون التركيز بشكل مباشر على سلوك التأتأة. إن الافتراض النظرى هو أن تأتاة الطفل عرضية حيث أنها عرض لبعض المشكلات الأساسية ذات الطبيعة النفسية، أو البين شخصية.

العلاج عن طريق الاسترخاء:

تقوم هذه الطريقة على أساس أن التلعثم ينتج عن زيادة الضغط على الجهاز العصبى للفرد، ويتم الاسترخاء بطريقة النوم إذ يعتبر إجراء وقائياً وعلاجياً لراحة الجهاز العصبى وهناك طريقة العلاج بحمامات الماء الدافئ كإحدى طريق العلاج الطبيعى، حيث يتم علاج التوتر العصبى للعضلات عن طريق حمامات الماء الدافئ والمساج بغرض الوصول لاسترخاء العضلات (عبد ربه، ٢٠٠٠).

وتختلف وتتعدد المداخل العلاجية وهذا الاختلاف يدل على اهتمام كافة التخصصات بدراسة هذه الإضطرابات، وإتباع أساليب لعلاجها، كما أن هذا التباين الحاصل يثرى الجانب العلاجى بتعدد الطرق، والأساليب العلاجية مما قد يسهم فى التوصل إلى نمط جديد من انماط العلاج، وجملة القول أنه لا توجد طريقة واحدة فعالة فى معظم أو جميع الحالات التى تعانى من اضطراب التأتأة فى الكلام، وإنما يرجع ذلك إلى التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب مع الوضع فى الاعتبار مفهوم الحالة النفسية الذى يؤكد على انعدام التماثل التام بين الحالات.

أولاً: العلاج النفسي:

مع تعدد وجهات النظر في علاج التأتأة والتلعثم، فقد تعددت الأساليب والطرق المستخدمة في العلاج، فقد استخدم ولبي (wolpe) تقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization) في علاج التأتاة وذلك بتعليم الطفل المتأتيء استجابة بديلة للمخاوف والقلق وذلك من خلال عملية الكف المتبادل.

واستخدم شامز (shames) نموذج الكلام البطيء (speech) (slowed – down patten) الذي يسمح باستمرار إخراج الأصوات الكلامية بين الكلمات التي يتم تشكيلها، كما وضع وبستر (webester) برنامج دقة وإحكام الطلاقة (precision fluency shaping program) والذي يقوم على فرضية أن العملية الصوتية عند المتلعثمين مشوهة وبحاجة إلى إعادة بناء وتدريب.

واستخدم مور (Moore) التعزيز والعقاب المتزامن مع الاستجابة، حيث يتم تقديم العقاب بشكل متزامن مع حدوث التأتاة، وبالمقابل يتم تقديم التعزيز بشكل متزامن مع الكلام بطلاقة.

واستخدم فشمان (Fishman) أسلوب الممارسة السلبية (Negative prac-tice) والذي يقوم على أساس ممارسة الشخص للتأتأة بأقصى درجة ممكنة، بينما استخدام شيري (chery) أسلوب الترديد (shadowing) والذي يقوم على أساس ترديد المتأتيء الكلمات وراء المعالج كما يسمعها.

واستخدم البعض الأخر أسلوب تعزيز السلوك الإيجابي للتحدث، بانسياب، حيث يؤدي الانقطاع عن التأتأة لفترات قصيرة إلى الحصول على التعزيز، وينبغي هنا أن تكون الفترات التي يستخدم فيها التعزيز قصيرة لدرجة تكفي عدم وجود التأتأة أثناءها، على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار التأتأة.

وأكد ميير (Meyer) وأندروس (Andrews) بأن التأتأة في الكلام تقل عندما يصبح الكلام منغم، وتقوم بطريقة الكلام المنغم (Rhythmic Speech) على افتراض أن تقطيع الكلمات أو المقاطع حسب نغمة معينة، باستخدام جهاز أو أداة تنغيم، يؤدي إلى تقليل التأتأة.

وحديثا قدم كل من بورنس (Burns) وبرادى (Brady) وصفا لتقنية فى معالجة التأتأة تدعى التدفق السلسل للهواء (Air flow) أو البداية الأسهل (easy onset)، حيث يبدأ الكلام باتجاه عملية زفير ناعمة ويبدا بالمقطع الأول، والذى يختلط بشكل تدريجى (Imperceptibly) مع الزفير، بالتدفق بشكل سلس، وتزيل هذه الطريقة بعض الصعوبات التى يواجهها بعض الأفراد الذين يعانون من التأتأة فى عملية إعدادهم للكلام، وبالرغم من أن هناك آثار ملحوظة إيجابية لها، إلا أنها عادة ما تأخذ عدة أشهر من التدريب لتطوير كلام طبيعى (زريقات، ١٩٩٣).

يتضمن برنامج علاج التأتأة أربعة محاور:

المحور الأول:

شرح مفصل لمفهوم اضطراب التأتأة للشخص الذى يعانى من التأتأة والشخص الذى يصاحبه، لأن صاحب الاضطراب، يفهم أن التأتأة مرض عضوى يصيب أعضاء النطق ويجعل الظاهرة الوظيفية للتنفس، المتمثلة فى التنفس العكسى.

فمن خلال المقابلة أثناء الجلسات الأولى، يتم توعية وهذه الخطوة تدعو إلى تجاوز كبيرة من مراحل العلاج.

المحور الثانى:

يوجه المضطرب إلى كيفية التغلب على مشكلته وكيفية السيطرة على المراقبة الذاتية أثناء التواصل مع الغير.

المحور الثالث:

يجب على الشخص الذى يعانى من التأتأة أن ينسى اضطرابه، لأنه كلما فكر فيه تأتيء أكثر، بل يجدر به أن يركز فيما يقوله للغير على مراقبة نفسه، وتقوية هذه المراقبة الذاتية بالثقة عند وجود الطرف الثانى وهو المستمع، فالمراقبة الذاتية تساعده على موازنة ذاتية بين ما يقوله وبين ما يستمع إليه.

المحور الرابع:

تصحيح الإيقاع الكلامى الذى يبدأ من أول جلسة مع أخصائى التخاطب

ويتأثر العلاج بعامل الوقت فكلما بدأ العلاج مبكرا (التدخل المبكر) كلما أدى إلى نتائج أفضل كما يتأثر العلاج بوجود إعاقات أخرى مصاحبة لمشكلة التلعثم والتأتأة كالإعاقة العقلية أو تأخر النمو اللغوى أو فقدان السمع والنظر.

علاج التلعثم:

تؤكد طرق علاج التلعثم على تغيير البيئة المحيطة التى يعيش فيها الطفل وطبيعة المنبهات اللغوية ويحرص المعالج أن يبنى علاقة قوية بينه وبين الطفل من أجل النجاح فى التوصل إلى الأهداف العلاجية فكثير من الأطفال يصعب عليهم تفهم طبيعة العلاج ويرفضون المواجهة بالصعوبات التى يقعون فيه أثناء الكلام ويؤكد العلاج على استخدام بعض الإرشادات للوالدين والمدرسين تتلخص فيما يلى:

أ- تخفيض ضغوط الوقت:

١- يتحدث كثير من الأطفال بسرعة فائقة لذلك يتم استخدام فترة من الصمت بعد التحدث إليه أو قبل أن تستجيب له أثناء الحوار استخدام هذه الطريقة بصفة مستمرة تجعل مستمرة تجعل الطفل يتأنى فى الحديث خصوصاً إذا تعود على هذا النوع من الحوار.

٢- حاول أن تتأنى فى الحديث وتكلم ببطء واسترخاء مع جميع الأشخاص فى أسرتك واثنى على الأشخاص الذى يتأنون فى حديثهم.

٣- اعط الفرصة للطفل أن يستمر فى الحديث خصوصاً فى اللحظات التى يصعب فيها كلامه وتجنب مقاطعته وإنهاء الجمل له أو قول الكلمات التى يعجز عنها حاول الاستماع بهدوء واسترخاء ودع الطفل يشعر بأن لديه ما يكفى من الوقت ليقول ما يريد قوله.

٤- خصص متسعاً من الوقت للتحدث مع الطفل المعرض للتلعثم وتجنب الحديث معه حينما تحتاج بالفعل إلى القيام بأشياء أخرى مثل إعداد طعام الغداء أو كتابة الجدول اليومى على السبورة أو عندما تكون فى حالة من التوتر.

٥- ضع نظاماً روتينياً يومياً وخصص ما يكفى من الوقت لكل نشاط مكرر يمكن تخصيص أوقات هدوء أثناء النشاطات المحدودة مثل التحضير للذهاب إلى المدرسة أو إعداد طعام العشاء أو تغيير نشاطات الفصل الدراسى وأثناء فترات الهدوء هذه أطلب من الطفل القيام بأشياء أخرى غير التحدث كقراءة القرآن والأناشيد والغناء أو قراءة كتاب أو مشاهدة تلفزيون أو الاستراحة وبهذه الطريقة تتلخص من الحديث خلال تلك الأوقات التى قد تؤثر سلباً فى المقدرة على التحديث بطلاقة.

ب- تخفيف القلق بخصوص الكلام:

١- أولا يجب أن يمتنع الآباء عن انتقاد أبنائهم أو أطفالهم عند حدوث التلعثم وامتناعهم أيضاً عن تصحيح كلام الطفل أو مساعدته عند حدوث العثرات كما يجب أن يعبروا أى أهمية لمشكلة تلعثم طفلهم حتى لا ينتقل هذا الإحساس فإذا حدث هذا واعتبر الطفل نفسه متلعثماً فسوف تظهر عليه ردود فعل التفادى.

٢- دع الطفل يعرف بأنك تستمتع دائماً بالحديث معه.

٣- ساعد طفلك على الربط الحديث وبين أحداث سارة ولطيفة مثل الغناء أو رواية النكات أو قول كلمات تنتهى بأحرف متماثلة أو ممارسة ألعاب صوتية وكذلك القراءة أو رواية القصص.

٤- لا تطلب من طفلك أن يتحدث أمام الأشخاص الآخرين وإذا ما اقتضت الضرورة مناداة الطفل فى الفصل الدراسى ناديه فى وقت مبكر لتفادى تراكم القلق من الكلام.

٥- لا تطلب من طفلك أن يبطئ أو يأخذ نفساً قبل التحدث فهذه الاقتراحات تزيد فى الغالب من حدة المشكلة.

٦- مطالبة الأبناء بالمثالية والمبالغة فى القيود يمكن أن يؤدى إلى سلوك التفادى لذا ينبغى تجنب ذلك.

٧- إذا كان طفلك يتكلم بصعوبة مفرطة أو يتوقف عن الكلام بسبب التلعثم

أو يخبرك بأنه لا يستطيع أن يتكلم عليك التسليم بالمشكلة والتأكيد له أنك موجود للاستماع إليه وأنه لا يهم كم من الوقت سيستغرق حديثه مثلاً يمكنك أن تقول: «كان من الصعب عليك قول ذلك وجميعنا نواجه مشاكل فى التحدث أحيانا غير أننى موجود للاستماع إليك».

٨- لا تجبر الطفل على الكلام عندما يقع فى التلعثم أو عندما يكون مجهداً أو فى حالة انفعال وارتباك وفى المواقف التى يتحسن فيها كلامه استمر معه فى الحديث حتى يشعر أنه يستطيع أن يتحدث بطلاقة دون تلعثم.

علاج التلعثم عند الكبار:

يعتبر علاج مرض التلعثم باستخدام طريقة عدم التفادى أكثر شيوعاً وهى تنقسم إلى ست خطوات هى:

١- التشجيع Motivation:

وهذه الخطوة تساعد المريض فى التخلص من مشاعر الخوف والقلق حيث يتقابل مع مريض آخر تم شفاؤه أو يشاهد بعض أشرطة الفيديو لتوضيح مدى تحسن المريض بعد إتمامه لمراحل العلاج فى هذه المرحلة يوضح المعالج بعض المفاهيم الخاطئة عن المرض ويبين طبيعة العلاج ومدة العلاج وأهمية الصبر والمثابرة لجعل المتلعثم أكثر أملاً فى الشفاء.

٢- التعرف على المريض Identification:

يتعرف المريض على المواقف التى يخاف منها بسبب التلعثم والكلمات التى يصعب عليها لفظها وعلى طبيعة العثرات التى يقع فيها أثناء الكلام والحركات المصاحبة للتلعثم ويتعرف فيها المريض أيضا على وجود نسبة كبيرة من الكلام الطلق والتى تفوق توقعاته وبذلك نجد المتلعثم أن مشكلة تلعثمه الحقيقية تشكل جزء ضئيل من كلامه.

٣- إضعاف الحساسية من الاضطراب Desensitization:

يقوم المعالج بمساعدة المريض لكى يتغلب على الانفعالات النفسية ومشاعر القلق والتعامل مباشرة مع الصعوبات التى يواجهها فى الكلام، يبالغ كثير من

المرضى فى تقدير العواقب التى يقع فيها فى بعض المواقف، ولهذا يحرص المعالج على وضع برنامج علاجى متدرج يستطيع من خلاله التعرف على المواقف التى تصعب عليه، كما يوضح للاضطراب أن القلق والخوف مطلوب لكل شخص لكن بنسبة غير مبالغ فيها.

٤- التغير Variation

الهدف هو أن نساعد المضطرب على معرفة أنه يمكن أن يغير من طبيعة العثرات التى يقع فيها حين حدوثها وذلك بتحوير الكلمة التى تصعب عليه كأن يضيف أو يحذف جزءاً منها، تمكن المريض من خلال سلوكه الإدارى فى تغيير الطريقة التى يتلعثم بها يعطى مؤشراً إيجابياً على قدرته فى التغلب على المصاعب المتعلقة بالتلعثم فضلا عن أهمية هذه الطريقة العلاجية للتخفيف من الشعور بالقلق والإقبال بثقة على المواقف التى كان يفاداها.

٥- التقريب Approximation

تتم هذه المرحلة من خلال ثلاثة خطوات هى الإلغاء والاعتدال والتقدير.

أ- الإلغاء Cancellation: يقوم فيها المريض بعدم الإستقرار فى لفظ الكلمة التى يتلعثم فيها ثم يعيد الكلمة مرة أخرى وينبغى عليه فى هذه المرة أن يكمل الكلمة حتى ولو حدث فيها عثرات.

ب- الاعتدال Pullouts يتعامل المضطرب فى هذه المرحلة مع اللحظة التى يتعثر فيها كلامه فى كلمة ما وليس بعد حدوث التلعثم، يقوم المريض بتطبيق ما تعلمه في مرحلة الإلغاء عندما يشعر بصعوبة فى لفظ إحدى الكلمات لكن بدلاً من التوقف ثم تكرار الكلمى يقوم المريض بتطوير الصوت الذى حدث فيه التلعثم حتى يتمكن من تصحيح مساره.

جـ- التحضير: Preparatory sets هذه المرحلة تتعلق بتوقيع التلعثم فإذا توقع المضطرب بأنه سوف يتلعثم فى كلمة ما فعليه أن يلفظها من خلال التوفيق بين إخراج الصوت والتنفس أواستخدام إحدى طرق العلاج التى يمارسه مع المعالج.

٦- الاستقرار: Stabilization

يستمر المريض فى هذه الخطوة فى استخدام الطرق التى تعلمها لتسهيل طاقة الكلام ويقل عدد الجلسات العلاجية ويتعلم المريض استخدام هذه الطرق مع أشخاص زائرين حتى لا يكون هناك خوفاً حتى فى وجود الغرباء.

ينبغى على المريض الانتظام فى المواعيد المخصصة للعلاج يستطيع التعامل مع صعوبات الكلام التى تواجهه (العيسوى، ٢٠٠١).

قائمة المراجع

المراجع العربية

١- رشدى محمد(٢٠٠٤). المهارات اللغوية. دار الفكر العربى. القاهرة. الطبعة الأولى.

٢- زكريا الشربينى(٢٠٠٢). المشكلات النفسية عند الأطفال. دار الفكرالعربى. القاهرة. الطبعة الأولى.

٣- ليلى كرم الدين(٢٠٠٤). اللغة عند طفل ما قبل المدرسة. دار الفكر العربى. القاهرة. الطبعة الأولى.

٤- نايفة قطامى(٢٠٠٨). تطور اللغة والتفكير. جامعة القدس المفتوحة. الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوزيع. الطبعة الأولى.

٥- سهير محمد داين(٢٠٠٠). اللجلجة أسبابها وعلاجها. دار الفكر العربى. القاهرة. الطبعة الأولى.

٦- سامى محمد ملحم(د.ت). مشكلات طفل الروضة. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.

٧- طارق زكى(د.ت). سيكولوجية التلعثم فى الكلام. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

٨- نوران العسال(١٩٩٠). التلعثم. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الطب. جامعة عين شمس.

٩- إبراهيم كاظم العظماوى(١٩٩٨). معالم من سيكولوجية الطفولة والتفوى والشباب. بغداد. دار الشئون الثقافية العامة. الطبعة الأولى.

١٠- عبد الرحمن محمد العيسوى(١٩٩٠). باثولوجيا النفس. الإسكندرية. دار الفكر العربى.

١١- عباس محمود . علم النفس العام. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية. بدون تاريخ.

١٢- محمد محمود حمودة(١٩٩١). الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج). القاهرة.

١٣- فيصل عباس (١٩٩٤). أضواء على المعالجة النفسية والفطرية والتطبقية. بيروت. لبنان. دار الفكر اللبنانى. الطبعة الأولى.

١٤- عبد الحليم محمود السيد وآخرون(١٩٩٠). علم النفس العام. القاهرة. مكتبة غريب. الطبعة الثالثة.

١٥- عبد الرحمن العيسوى(١٩٩٠). باثولوجيا النفس. الإسكندرية. دار الفكر العربى.

١٦- حامد القش(١٩٩٠). دراسات فى سيكولوجية النمو. الكويت. دار القلم. الطبعة الرابعة.

١٧- حلمى أحمد(١٩٩١). مبادئ علم النفس. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية. الطبعة الأولى.

١٨- حامد عبد السلام زهران(١٩٩٠). علم نفس النمو. القاهرة. عالم الكتب. الطبعة الخامسة.

١٩- عبد المنعم الحفنى(١٩٩٢). موسوعة الطب النفسى. الكتاب الجامع فى الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا. القاهرة. مكتبة مدبولى. المجلد الثانى.

٢٠- انتصار يونس(١٩٩١). السلوك الإنسانى. القاهرة. دار المعارف. الطبعة الثانية.

٢١- محمد أحمد غالى ، رجاء محمود أبو علام(١٩٧٤). القلق وأمراض الجسم. دمشق. الطبعة الأولى.

٢٢- إيناس عبد الفتاح أحمد (١٩٨٨). دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الأداب. جامعة عين شمس.

٢٣- صفاء غازى أحمد(١٩٩٢). فاعلية أسلوب العلاج الجماعى والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس..

٢٤- محمد عبد الرؤوف عطية (٢٠١٠). طفولة بلا مشاكل. مؤسسة طيبة للنشر.

٢٥- صالح يحيى الغامدى (٢٠٠٩). اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة. رسالة دكتوراه. غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.

٢٦- غادة محمود محمد (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادى للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الإبتدائية بمكة المكرمة. رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.

٢٧- فيصل العفيف (د.ت). اضطرابات النطق واللغة. الرياض. مكتبة الكتاب العربى.

٢٨- إبراهيم زريقات (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج). عمان. دار الفكر للنشر.

٢٩- علاء عبد المنعم (١٩٨٩). مشكلات الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير. (غير منشورة). معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.

٣٠- سعد مصلوح (٢٠٠٠). دراسة السمع والكلام. القاهرة. عالم الكتب.

٣١- محمد محمود النحاس (٢٠٠٦). سيكولوجية التخاطب لذوى الاحتياجات الخاصة. ط١. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٢- محمد حسيب حسيب (٢٠٠٧). الثقة بالنفس واللجلجة فى الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية (دراسة: سيكومترية، تجريبية، إكلينيكية). القاهرة. المركز القومى للتقويم التربوى.

٣٣- وفاء البيه (١٩٩٤). أطلس أصوات اللغة العربية. موسوعات طب الصوتيات العالمية. القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٣٤- خالد رمضان عبد الفتاح (٢٠٠٨). فعالية برنامج تدريبي بنظامي الدمج والعزل في تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقليا. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة بنى سويف.

٣٥- سعيد حسنى العزة (٢٠٠١). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق. ط١. عمان. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

٣٦- إيهاب عبد العزيز الببلاوى (٢٠٠٢). اضطرابات النطق. دليل أخصائى التخاطب والمعلمين والوالدين. الرياض. مكتبة الرشد.

٣٧- أحمد محمد رشاد (٢٠٠٣). برنامج علاجي لعيوب الكلام لدى المراهقين المصابين بالشلل التوافقي. رسالة دكتوراه. في الدراسات النفسية والاجتماعية. معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.

٣٨- عبد العزيز الشخصى (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام. خلفيتها. تشخيصها. أنواعها. علاجها. الرياض. شركة الصفحات الذهبية المحدودة.

٣٩- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٥). علم نفس النمو والطفولة والمراهقة. ط١. القاهرة. عالم الكتب.

٤٠- فيصل خير الزراد (١٩٩٥). اللغة واضطرابات الكلام. الرياض. دار المريخ للنشر والتوزيع.

٤١- عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٢- عبد العزيز السرطاوى، وائل أبو جوده (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.

٤٣- عبد العزيز السرطاوى (٢٠٠٠). الإعاقة العقلية. القاهرة. مكتبة الفلاح.

٤٤- زينب محمود شقير (٢٠٠٥). طرق التواصل والتخاطب للصامتين والمتعثرين فى الكلام والنطق. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.

٤٥- منال على محمد مقبل (١٩٩٥). دراسة لبعض خصائص الشخصية لدى

الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللجلجة فى الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الملك سعود.

٤٦- هيثم جادو أبو سعيد (٢٠٠٣). اللجلجة والتلعثم عند الأطفال. عالم الإعاقة. ع٤٦. الرياض. مكتبة الملك فهد. ص ٢٢- ٢٣.

٤٧- موزة المالكى (١٩٩٦). أطفال بلا مشاكل زهور بلا أشواك. الرياض. دار النهضة العربية.

٤٨- محمد عودة الريماوى (١٩٩٤). سيكولوجية الفروق الفردية والجمعية فى الحياة النفسية. ط١. عمان. دار الشروق.

٤٩- عبد الرحيم عطية (١٩٨٨). عيوب النطق. برامج في تعديل السلوك. عمان مطبوعات وزارة التربية والتعليم.

٥٠- أحمد عكاشة (١٩٩٩). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. الإسكندرية. منظمة الصحة العالمية.

٥١- محمد عودة الريماوى (١٩٩٤). برنامج علاجى جمعى للجلجة الموقفية. مجلة دراسات. المجلد (٢١). العدد (٤). عمان. الجامعة الأردنية. ص ١٤٤ - ١٨٠.

٥٢- عبد العزيز السرطاوى، وائل موسى أو جودة (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.

٥٣- محمد سيد عطية (١٩٩٩). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

٥٤- سعد عبد العزيز التويم (٢٠٠١). مدخل لحقيقة الطفل المتأخر فكريا وكيفية التعامل معه (مع مشكلة عيوب النطق والكلام وأساليب علاجها). الرياض. مكتبة الملك فهد.

٥٥- عبد المنعم الميلادى (٢٠٠٤). مشاكل نفسية تواجه الطفل. الرياض. مؤسسة شباب الجامعة.

٥٦- يوسف لطفى بطرس (٢٠٠٧). برنامج تخاطب بالكمبيوتر لتنمية عمليات الكلام والفهم اللغوى لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم الكلامية والقرائية فى المرحلة العمرية من ٦- ٨ سنوات. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات النفسية والاجتماعية. جامعة عين شمس.

٥٧- عصام نمرة عودة (٢٠٠٦). اضطرابات النطق لدى طلا ب المرحلة الإبتدائية دراسة مسحية للطلاب ذوى الأعمار ٨-١٠ سنوات. مجلة كلية المعلمين. ع (٧). جدة. المملكة العربية السعودية. ص ١١٧- ١٤٧.

٥٨- مراد على عيسى، وليد السيد خليفة (٢٠٠٧). كيف يتعلم المخ لذوى اضطرابات الكلام. ط١. الإسكندرية. دار الوفاء للطباعة والنشر.

٥٩- سيد محمد غنيم (١٩٨٧). سيكلوجية الطفولة. ط٢. القاهرة. دار النهضة العربية.

٦٠- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨). علم النفس الإكلينيكى. القاهرة. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٦١- إيناس عبد الفتاح (١٩٨٨). دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام. (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الآداب. جامعة عين شمس.

٦٢- زكريا أحمد الشربينى، منصور عبد المجيد (١٩٩٨). علم نفس الطفولة (الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامى). القاهرة. دار الفكر العربى.

٦٣- جمعة السيد يوسف (١٩٩٠). سيكولوجية الطفل والمرض العقلى. الكويت. عالم المعرفة.

٦٤- مصطفى فهمى (١٩٧٥). أمراض الكلام. القاهرة. مكتبة مصر.

٦٥- إبراهيم زريقات (١٩٩٣). فعالية التدريب على الوعى وتنظيم التنفس فى معالجة التأتأه. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الأردنية.

٦٦- حورية باى (٢٠٠٢). علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية. دبى. دار القلم.

٦٧- نبيلة عباس الشوربجى (٢٠٠٣). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها. الرياض. دار النهضة العربية.

٦٨- فان رايبر (١٩٦٠). مساعدة الطفل على إجادة الكلام. ترجمة صلاح الدين لطفى. القاهرة. دار الفكر العربى.

٦٩- محمد الزريقات (٢٠٠٥). اضطرابات اللغة والكلام. ط١. عمان. دار الفكر للنشر والتوزيع.

٧٠- محمد أيوب شحيمى (١٩٩٤). مشاكل الأطفال... كيف نفهمها. بيروت. دار الفكر اللبنانى.

٧١- شيفرو وملمان (١٩٩٩م). سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها، ترجمة سعيد العزة. عمان. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٧٢- مروة حسن صالح (١٩٧٨). تأخر نمو اللغة عند الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب. جامعة عين شمس.

٧٣- أحمد محمد حسن رزق (١٩٨٩). أمراض التخاطب فى الطب العربى. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب. جامعة عين شمس.

٧٤- عبد الستار أحمد رمضان (١٩٩٥). نمو مفاهيم العدد والمكان والكم والاستنتاج وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية لدى الأطفال المصريين والألمان. رسالة دكتوراه غير منشورة. ألمانيا. جامعة لايبزج.

٧٥- ملاك جرجس (١٩٨٥). اللجلجة واضطراب الكلام. سلسلة مشاكل الصحة النفسية للأطفال وعلاجها. الرياض. دار اللواء.

٧٦- صفاء غازى أحمد حمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعى بالسيكودراما والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس.

٧٧- انطونيو دماسيو (١٩٩٤). الدماغ واللغة. مجلة العلوم. الكويت. مؤسسة الكويت للتقدم العلمى.

٧٨- ليلى كرم الدين (١٩٨٩). الحصيلة اللغوية المنطوقة لطفل ما قبل المدرسة. الكويت. الجمعية الكويتية للطفولة العربية.

٧٩- ليلى كرم الدين (١٩٩٠). اللغة عند الطفل تطورها ومشكلاتها. القاهرة. دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٨٠- زينب عبد الحميد لطفى (١٩٩٠). دراسة عيوب النطق بين أطفال المدارس الإبتدائية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التمريض. جامعة الإسكندرية.

٨١- خديجة عبد الحى مشهور (٢٠٠١). أساليب المعاملة الوالدية للأطفال المتلعثمين واقتراح برنامج علاجى إرشادى لمواجهة حالات التلعثم فى مدينة جدة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية للبنات. جدة.

٨٢- على حمدان (٢٠٠٢). الضغوط النفسية لدى عينة من معلمى ومعلمات التربية الخاصة. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.

٨٣- صفاء غازى حمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعى بالسيكودراما والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس.

٨٤- عفراء سعيد خليل (٢٠٠٠). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين فى الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة.

٨٥- محمود عطا الله خويلات (٢٠٠٤). التكيف النفسى لدى طلاب المرحلة الأساسية الذين يعانون من التأتأة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

٨٦- جين نيكسون (٢٠٠٠). مساعدة الأطفال على مواجهة التعلثم. بيروت. الدار العربية للعلوم.

٨٧- جمال محمد حسن نافع (١٩٨٧). اللجلجة وعلاقتها بسمات الشخصية

ومستوى التطلع لى طلاب المرحلة الإعدادية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس.

٨٨- محمد النحاس، سليمان أبو حبيبه (٢٠٠٦). علم التجويد كمدخل وقائى وعلاجى لاضطرابات النطق والكلام (التخاطب) التلعثم نموذجا. ورقة عمل فى المركز الدولى للاستشارات والتدريب والتخاطب. دبى. الإمارات العربية المتحدة.

٨٩- مايسة النيال، أسماء العطية، ميرفت فشل (٢٠٠٧). المتغيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال العاديين وذوى اضطرابات الكلام. دراسة سيكومتريه فيزيائية مقارنة فى المجتمعين المصرى والقطرى. الدوحة. المؤتمر الدولى الأول للطفل العربى من ١٢-٢٣ فبراير.

٩٠- جيهان غالب عباس (١٩٩٨). دراسة لبعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التعلثم فى الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس.

٩١- حمزة السعيد (٢٠٠٣). التأتأة المظاهر والأسباب والعلاج. مجلة التربية. العدد ١٤٥ . الدوحة. ص (٢٠٨-٢٠٩).

٩٢- فارس موسى ،مطلب المشاقبة (١٩٨٧). فى اضطرابات النطق عند الأطفال العرب. الكويت. الجمعية الكويتية للطفولة العربية.

٩٣- صفوت أحمدعبد ربه (٢٠٠٠). فاعلية العلاج السلوكى متعدد المحاور والقراءة المتزامنة فى علاج اللجلجة وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. القاهرة. جامعة عين شمس.

٩٤- جبريل، مصطفى السعيد (٢٠٠٠). علاج اضطرابات النطق والكلام. المنصورة. دار عامر للطباعة والنشر.

٩٥- الجمعية السعودية لأمراض السمع والتخاطب SSPAA (٢٠٠٣). الرياض.

٩٦- الدبوس، رنا سحيم (٢٠٠٤). التعلثم وعلاقته بالتحصيل الدراسى ومفهوم الذات دراسة مقارنة فى مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة ماجستير غير منشورة. القاهرة. كلية الأداب. جامعة عين شمس.

٩٧- حمزة خالد السيد (٢٠٠٦). مظاهر التأتأة عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق. مجلد ٢٢. ع١. دمشق. ص ١٣٠-١٨٥.

٩٨- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠٠). اضطرابات الطفولة والمراهقة وعلاجها. بيروت. دار الراتب الجامعية.

المراجع الأجنبية:

1- Michoel, Leeuer and Dauid Barilay Stulteuig.(1998.) A Breif Reriers Ameuiau Acodeuy of Family Rlysiiaus. Miy

2- Julie Mazzuca.(1989):The student who stulters. Teachei's Guide.

3- Stepheu B. Hood. (1958). Helpuig cluldun talk Flueudy. Speecli and heuring cluiic the unireersif of soutli Alabauir.

4- Sheehon, J. confliwl theiy of stulterig asyjrs siun ly Jon Eisensru & Weudill Johnzur New. Yek. Harper and rum pp 121-130..

5- Shirley, N and Sparks M Biriti(1984).Defects and speech dizerdirs Calfornuir: Cillege – Hillpress.

6- Williams, Rona M. (1974.) Speedad diffiulties in cluldlwrd. Aprodtical Gaide for Teachers and Pareits Londor: Geogre, Havop

7- West Robert. The potliilugy of stulteuirg. Lu speech iluips Abook of neaeluiy Ly Riper Van New york prentice – Hall Iac.

8- Emmons, S., & Thomas, A., (2007): Power Performance For Singers: Transcending the Barriers, Oxford Univ. Press, Briton.

9- Gaag A, Smith L, Davis S, Moss B, Cornelius V, Laing S, Mowles C. (2005): Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study, Jun; 19 (4): 372 -80.

10- Hill, D., (1995): Assessing the Language of Children who Stutter.

Topics in Language Disorder, Vol. (15), PP. 60 -78.

11- Cloninger, S. (1996): Personality Desecription, Dyanamic and Development W. H. Freeman Company, New – York.

12- Ingham, R. (1999): Measurement and Modification of Speech Naturalness During Stuttering Therapy. Journal of Speech language, Hearing Disorder, Vol.(55), PP. 261- 281.

13- Muijs, D. & Reyonold. (2001): Effective Teaching. New-York: Springer Publishing Company.

14- Van Riper, C.& Erickson,R. (1997). Speech correction. An introduction to speech pathology and audiology. (9th Eds). Boston: Allyn and Bacon.

محتويات الكتاب

مقدمة ٥

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوى لدى الأطفال ٩

مقدمة ٩
أولا– أهمية اللغة ٩
ثانياً– وظائف اللغة ١٠
ثالثاً– مرحلة النمو اللغوى ١٠
رابعاً – عوامل اكتساب المهارات اللغوية ١١
خامساً– الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوى السوى ١٢
سادساً– مراحل الكلام ١٨

الفصل الثانى

اضطرابات اللغة والكلام ٢٥

مقدمة ٢٥
أولاً– مفهوم إضطرابات اللغة والكلام ٢٧
ثانياً – أنواع إضطرابات اللغة والكلام ومظاهر كل منها ٢٩
(١) التأتـــأة ٤٥
المرحلة الأولى ٥٠
المرحلة الثانية ٥٠
النظريات البيوكيميائية والفسيولوجية ٥٢
نظريات علم النفس ٥٤
نظريات الإشراط الكلاسيكى ٥٥

الخصائص النفسية للمتأتئين ٦١
تشخيص التأتأة ٦١
(٢) اضطراب التلعثم ٦٧
مراحل ظهورها ٦٨
مراحل تطور التلعثم ٦٨
نظريات تفسر أسباب التلعثم ٦٩
نظريات وأسباب مشكلة التلعثم فى الكلام ٧١
نظريات التلعثم ٧٢
ثالثاً- نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام ٧٧
رابعاً- أسباب إضطرابات اللغة والكلام ٧٧

الفصل الثالث

تشخيص إضطرابات اللغة والكلام وعلاجها ٨٣
مقدمة ٨٣
أولاً- مدخل إلى تشخيص إضطرابات اللغة والكلام ٨٣
ثانياً- تشخيص اضطرابات الكلام ٨٦
محكات الحكم على اضطرابات النطق ٨٧
تشخيص اضطرابات اللغة والكلام فى الطب النفسى ٨٧
تشخيص اضطرابات اللغة والكلام فى علم أمراض التخاطب ٨٩
تشخيص اضطرابات اللغة والكلام فى علم النفس ٩٢
ثالثاً- علاج إضطرابات اللغة والكلام ٩٥
العلاج الطبى ٩٥
العلاج النفسى ٩٦
العلاج الكلامى ٩٧
الممارسة السلبية ٩٨
العلاج البيئى ٩٩
العلاج عن طريق الإرشاد ١٠٠

العلاج عن طريق الاسترخاء.................... ١٠١
أولاً العلاج النفسى.................... ١٠٢
علاج التلعثم.................... ١٠٤
علاج التلعثم عند الكبار.................... ١٠٦

قائمة المراجع.................... ١٠٩

إضطرابات التأتأة





